الثقافة النفسية المتخصصة

العدد الواحد والسبعون - المجلد الثامن عشر - تموز/يوليو 2007

ملف العدد

اتجاهات الطلبة الجزائريين نحو عقاب الأطفال

- الهوية العربية من التشظي إلى الغياب.
- السلطة والاضطرابات النفسية.
- الاكتئاب: مفهومه، تعريفاته، أعراضه، أنواعه.
- اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط.
- الصراع العربي-الإسرائيلي.. أين يقف منه فرويد؟
- موقف العرب من الصدمات والحروب والكوارث.



Center d'Etudes Psychiques et Psycho Somatique C.E.P.S

طرابلس - لبنان - شارع عزمي - بناية قاديشا ص.ب 3062 - التل

تلفون: 961-6-441805

فاكس: 961-6-438925

E-mail: ceps50@hotmail...



العدد الواحد والسبعون - المجلد الثامن عشر - تموز/يوليو 2007

ملف العدد

اتجاهات الطلبة الجزائريين نحو عقاب الأطفال

- ❖ الهوية العربية من التشظي إلى الغياب.
- ❖ السلطة والاضطرابات النفسية.
- ❖ الاكتئاب: مفهومه، تعريفاته، أعراضه، أنواعه.
- ❖ اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط.
- ❖ الصراع العربي-الإسرائيلي.. أين يقف منه فرويد؟
- ❖ موقف العرب من الصدمات والحروب والكوارث.



الثقافة النفسية المتخصصة

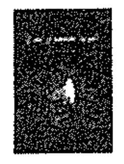
WWW.psyinterdisc.com

Interdisciplinary Psychology — Psychologie Interdisciplinaire

الطب النفسي | السيكوسوماتيك | العلاج النفسي | تحليل نفسي | أدوية نفسية | الكوارث | علم النفس

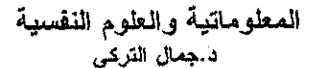
السمنة وعلاجها النفسي

د. محمد احمد النابلسي



العدد الثالث والخمسون / يناير السعر: دولارات

يناقش العدد موضوع السمنة والبدانة بوصفها شكل من أشكال إدمان الأكل. عارضا" لمختلف النظريات الطبية المفسرة للسمنة والطارحة لأسبابها. ودون إهمال لإقتراحات علاج السمنة الدوائية وحتى الجراحية فإن الملف يعرض للعلاجات النفسية المقترحة للسمنة. حيث يصنفها المؤلف ومعها إضطرابات الأكل عامة في إطار الإضطرابات السيكوسوماتية. للمزيد



د.جمال التركي



العدد الثاني والخمسون/ أوكتوبر السعر دولارات

يناقش العدد موضوع استخدام المعلوماتية في مجال العلوم النفسية في البلاد العربية. حيث اللغة المشتركة تؤمن تضافر الجهود المعلوماتية في هذه البلاد. ويشرف على الملف الزميل التركي صاحب السبق في هذا المجال. للمزيد

إقرأ في العدد القادم

سيكوفيزيولوجية الألم



دراسة نفسية عصبية يشارك فيها ثلاثة من الباحثين الألمان المعروفين. ترجمها للمجلة الزميل سامر رضوان. كما يضم العدد مقابلة مع العالم فاخر عاقل وهو من رواد الاختصاص في المشرق العربي....

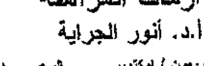
سيكولوجية أطفال الإنتفاضة

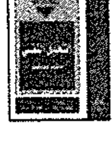




العدد الخمسون / ابريل السعر: دولارات

يتضمن البحوث التالية: خصوصية الضغوط الناجمة عن الانتفاضة. قراءة في سيكولوجية طفل الانتفاضة. تصور خطة لعلاج الأطفال الفلسطينيين. ومتابعات الانتفاضة. للمزيد

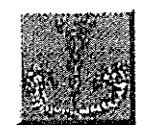
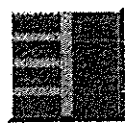


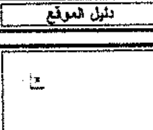



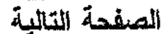
العدد الثامن والاربعون / اوكتوبر السعر دولارات

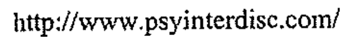
يحتوي الملف على البحوث والمقالات التالية: المراهق والسلطة. سلوكيات المراهق. المراهق والصحة النفسية. المراهق والتذبذب الأسري. والمراهق والامتحانات. للمزيد

شروط النشر | الهيئة الإستشارية | مؤتمرات المجلة | ملفات المجلة | دليل الموقع





مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية

Center d'Etudes Psychiques et Psycho Somatique C.E.P.S

الثقافة النفسية المتخصصة

رئيس التحرير

محمد أحمد النابلسي

INTERDISCIPLINAR PSYCHOLOGY

Editor in chief: Naboulsi.M (M.D.PH.D)

PSYCHOLOGIE INTERDISCIPLINAIRE

Chef Editeur: Naboulsi M. (M.D. ph D.)

إن الآراء الواردة في المجلة تعبر عن وجهة نظر كتابها، وهي لا تعبر بالضرورة عن وجهة نظر المجلة.

يرجى مراجعة شروط النشر المنشورة في صفحة مستقلة.

تعطى أفضلية النشر وفق خطة التحرير وبحسب المحاور المحددة مسبقاً.

توجه جميع المراسلات باسم رئيس التحرير على عنوان المركز المبين أدناه.

طرابلس لبنان شارع عزمي بناية قاديشا

P.O .BOX: 3026 - Tal

تلفون: 961-6-441805

فاكس: 961-6-438925

E-mail: ceps50@hotmail.com

قيمة الاشتراك السنوي

الأفراد ٤٠ دولاراً أميركياً - للمؤسسات ١٠٠ دولار أميركي- ثمن النسخة عشرة دولارات أميركية، أو ما يعادلها - الاشتراك الشامل للمجلة وإصدارات المركز كافة ١٥٠ دولاراً أميركياً

قواعد نشر البحوث

في مجلة الثقافة النفسية المتخصصة

تعمل مجلة الثقافة النفسية المتخصصة على تقديم أفضل مستوى ممكن من الإحاطة بمستجدات الاختصاص في كافة فروع العلوم النفسية، محاولة بذلك الاستجابة لحاجات المتخصصين والمهتمين، خصوصاً بعد تداخل تطبيقات الاختصاص مع مختلف فروع العلوم الإنسانية. وذلك من خلال إطلاع القارئ على اتجاهات البحوث العالمية، وتعريفه بأخبار ومستجدات هذه البحوث، وعبر بعض الترجمات المفيدة. أما بالنسبة للبحوث العربية، فإن المجلة تسعى لتقديم فرصة عرض الدراسات والبحوث الرصينة والمسايرة للمستجدات وللحاجات الفعلية لمجتمعنا العربي.

وصفحات هذه المجلة مفتوحة أمام كل الباحثين العرب، وهي ترحب بمساهماتهم الملتزمة بشروط النشر التي حددتها الهيئة الاستشارية وهيئة التحرير على الشكل التالي:

قواعد عامة

1- الالتزام بالقواعد العلمية في كتابة البحث.
2- أن يكون البحث مطبوعاً ومراجعاً من قبل كاتبه.
3- أن لا يكون البحث قد سبق نشره أو عرضه.
4- أن يقدم الباحث إقراراً بعدم إرساله إلى جهة أخرى.
5- أن لا يزيد عدد صفحات البحث عن 20 صفحة.
6- كتابة العناوين الرئيسية وسط السطر، والعناوين الفرعية على الجانب الأيمن.
7- إرسال نسخة واحدة من البحث مع الديسك.
8- السيرة العلمية المختصرة بالنسبة للكتّاب الذين لم يسبق لهم النشر في المجلة.

قواعد خاصة

1- كتابة عنوان البحث، واسم الباحث ولقبه العلمي، والجهة التي يعمل لديها على صفحة الغلاف.
2- يراعي في إعداد قائمة المراجع ما يلي:
3- تسجيل أسماء المؤلفين والمترجمين متبوعة بسنة النشر بين قوسين، ثم بعنوان المصدر، ثم مكان النشر، ثم اسم الناشر.
4- تخضع الأعمال المعروضة للنشر للتحكيم العلمي السرى، وفقاً للنظام المعتمد في المجلة، ويبلغ الباحث في حال وجود اقتراحات تعديل من قبل المحكمين.
5- توجه جميع المراسلات الخاصة بالنشر إلى رئيس التحرير.
6- الآراء الواردة في المجلة تعبر عن رأي كتابها ووجهات نظرهم.
7- تلتزم المجلة بإبلاغ الباحث عن قرار النشر، وهي لا تعيد الأبحاث المرفوضة لأصحابها.
8- لا تدفع المجلة مكافآت مالية عن البحوث التي تنشرها.

المحتويات

إعـــلان

بروفسور كويتي يفوز بجائزة مصطفى زيور للعلوم النفسية

أعلن المركز العربي للدراسات النفسية والجمعية اللبنانية للدراسات النفسية عن قرار مجلس الأمناء منح جائزة مصطفى زيور للعلوم النفسية إلى البروفسور الكويتي بشير صالح الرشيدي. وجاء في قرار المجلس أن الجائزة منحت إلى البروفسور الرشيدي استناداً إلى فعالية أعماله الفائقة في تطوير الاختصاص وتطويعه لخدمة الإنسان والمجتمع العربيين. وهي مساهمات على مستوى التأليف والبحث والتدريس. حيث لعب البروفسور الرشيدي دوراً رئيسياً في علاج صدمات الغزو، وإعادة تأهيل المتضررين من أحداثه.

واعترافاً بخدماته وأفضاله قرر مجلس الأمناء منحه هذه الجائزة التكريمية.

تجدر الإشارة إلى أن مصطفى زيور هو مؤسس العلوم النفسية في العالم العربي.

أسماء الفائزون بالجائزة منذ تأسيسها:

البروفسور علي سعد – سوريا - العام **1995**.

البروفسور عدنان التكريتي – الأردن - العام **1996**.

البروفسور محمد عثمان نجاتي – مصر - العام **1997**.

البروفسور محمد حمدي الحجار – سوريا - العام **1998**.

البروفسور فرج عبد القادر طه – مصر - العام **1999**.

البروفسور محمد فاروق السنديوني – أستراليا - العام **2000**.

البروفسور أحمد عبد الخالق – مصر - العام **2001**.

البروفسور جمال التركي – تونس - العام **2002**.

البروفسور فيصل محمد خير الزراد – الإمارات - العام **2003**.

البروفسور يحيى الرخاوي – مصر - العام **2004**.

البروفسور قدري حفني – مصر - العام **2005**.

البرروفسور بشير الرشيدي – الكويت - العام **2006**.

عزيزي القارئ

تخطت الإشكاليات المطروحة في المشهد العربي حاجز الخلافات البينية، إلى طرح قضية الإنتماء موضع نقاش وتساؤل. لذا اخترنا قضية لهذا العدد مقالة للزميلة موزة غباش بعنوان "الهوية العربية من التشظي إلى الغياب"، آملين أن تثير الحوار الذي تستدعيه قضية بمثل هذه الدرجة من الحساسية.

أما ملف العدد، فقد اخترنا دراسة تتناول "اتجاهات الطلبة الجزائريين نحو عقاب الأطفال" وهي من إعداد أ. د.مصطفى عشوي، و أ.محمد لحرش، و أ. نبيلة خلال. وطالعنا الزميل سامر رضوان ببحث حول "علاقة السلطة بالاضطرابات النفسية" والدكتورة صباح السقا بمقال حول "الاكتئاب: مفهومه، تعريفاته، أعراضه، أنواعه" والدكتور حسان المالح بتقديم لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة. في حين ناقش أستاذنا قدري حفني موقف فرويد من الصراع العربي الإسرائيلي. وهو موضوع استمطر آراء وكتابات عديدة، ويأمل البروفسور حفني تلقي التعليقات حول موضوعه. وفي المجال عبر الحضاري كتب البروفسور جيمي بيشاي حول موقف العرب من الصدمات الحروب والكوارث.

هذا بالإضافة إلى أبواب المجلة الثابتة، من علم النفس حول العالم، إلى مكتبة العدد، ومتابعة الندوات والمؤتمرات، ومتفرقات أخرى، آملين بذلك أن نكون قد نجحنا في تقديم جولة تواصل عبر اختصاصية، وعبر عربية، وعبر حضارية.

على أمل استلامك هذا العدد، وأنت في وافر عطائك، لك منا عزيزي القارئ أطيب التمنيات، مع التذكير بأننا لا نزال بانتظار ملاحظاتك لتلبية حاجاتك.

وإلى اللقاء

هيئة التحرير

من إصدارات مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية

- العلاج السيكوسوماتي المعرفي.
- سيكولوجية الشائعة / شائعات الحرب العراقية أنموذجاً.
- علم النفس الأمني.
- الأمراض النفسية وعلاجها / دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية.
- الثلاثاء الأسود / خلفيات ما جرى في 11 أيلول.
- النفس المقهورة / سيكولوجية السياسة العربية.
- أميركا في المستنقع العراقي.
- الخصوصية العربية والعقل الأسير/ نحو سيكولوجية عربية.

قضية حيوية

الهوية العربية من التشظي إلى الغياب

د. موزة غباش / الإمارات

كلما هبت علينا الأزمات والكوارث، تعود غالبية نُخَبنا إلى سؤال "الهوية العربية"، السؤال الذي أصابته الضبابية خلال ما يزيد على ألف عام من الزمن، ثم ازداد تشظياً وضياعاً في المئة عام الأخيرة، أي منذ مشاريع النهضة القومية العربية، في نهايات القرن التاسع عشر، وبدايات القرن العشرين، وتكرست ملامح التشظي والضياع مع تقسيمات "سايكس - بيكو"، ثم قيام الكيان الصهيوني في قلب الوطن العربي، حيث تشرذمت الأمة. فغابت محددات الهوية العربية، وبات سؤالها غريباً، كما لو كان قادماً من عصور الظلام والتخلف. فمن يجرؤ اليوم على الحديث عن "العروبة" بوصفها هوية جامعة للأمة العربية؟!

من هنا نعود اليوم إلى مفهوم الهوية، بوصفه تفاعلاً بين مجموعة من العناصر والمحددات النظرية من جهة، وبوصفه واقعاً متشظياً، ومفتتاً، وعديم الحضور والفاعلية، من جهة ثانية. فمن الجهة الأولى، نبحث في عناصر تشكيل الهوية، فنجد أننا نتحدث عن العوامل المشتركة بين أبناء الأمة العربية من المحيط إلى الخليج، أي عن اللغة والتاريخ والدين والمصالح... إلخ. فهل ما تزال هذه العوامل فاعلة في العلاقة المشتركة بين العرب في أقطارهم؟ أم أن هناك اختلافات – تصل حد الخلافات في كثير من الأحيان - بين العرب تجاه هذه العوامل، كلها أو بعضها؟

هناك اختلافات كثيرة اليوم، لا نقول بين الشعوب العربية، بل بين ما تفرضه الأنظمة الحاكمة كل في بلده، وعلى أكثر من صعيد، وخصوصاً في ما يتعلق بالتاريخ والدين والمصالح. فمن ينظر اليوم في أقطار الوطن العربي (ودعونا نستخدم عبارة الوطن العربي مجازاً) لا يمكن أن يعتقد أن ثمة روابط مشتركة بين هذه الأقطار.

ذلك كله مما يستوجب إعادة النظر في مكونات الهوية العربية، وما يميز هذه الهوية عن غيرها من "الهويات" في زمن العولمة خصوصاً، وفي هذا الزمن العربي الرديء على وجه التحديد. إن أبرز ما يظهر من هذه "الهوية" هو التناقضات الحادة بين "العوالم" التي تدعي الانتماء إلى العروبة، وتحمل هويتها، خصوصاً حين تختلط العروبة بالإسلام، وتغدو الهوية العربية الإسلامية – بالمعنى الراهن، وليس بالمعنى الحضاري العريق - خليطاً من شظايا متنافرة ومتناقضة ومتصارعة. نصبح أمام أكثر من "إسلام" وأكثر من "عروبة". نصبح موزعين أدياناً وطوائف ومذاهب، ونتوزع بين اعتدال وتشدد، وتتوزع ارتباطاتنا بين شرق وغرب، وننقسم بين أنظمة وشعوب، وتقودنا أنظمة نحو التبعية فيما تدعي الديموقراطية والحرية والاستقلال، بينما تقودنا أنظمة أخرى في مواجهات دونكيشوتية لا نربح منها سوى المزيد من الهزائم والانهيارات.

وما بين نمطين من الحكم، كلاهما ديكتاتوري وبغيض، أو هش وضعيف، تضيع بعض الشعوب العربية ومصالحها، بل تغيب القيم والمبادئ والأخلاق، ويعم الفساد، وتنقلب المعايير على رأسها، فيغدو الفاشل عصامياً ناجحاً، ويسمى القمع حفظاً للنظام والمجتمع، ويضحي تبديل اللون والاسم تجديداً وتحضراً. فلا نعود نعرف هل هذه القيم رأسمالية، أم اشتراكية، أم إسلامية، أم هي خليط مشوه من هذه وتلك؟ فمن نحن العرب في خضم هذه المعالم والملامح الشائهة، وغير المحددة؟ وهل هذه هي ملامح هويتنا ومحددات عالمنا؟ ومن الذي يصنع كل هذه التشوهات التي تصنع ضعفنا وتعززه باستمرار؟

لا يجوز أن نلقي تبعات هذا التشوه على العدو، أو على العوامل الخارجية، التي تلعب دوراً بالتأكيد في هذا المجال، لأن هويتنا تظل من صنع وعينا وأيدينا وأفعالنا، وهي – بلا شك - تتأثر بكل ما يحيط بنا، لكن الخارج لا يستطيع أن يلعب بهوية قوية ورصينة ومحددة المعالم. والعدو الذي يجد هوية مشوهة ومتشظية يستغلها في خلق مزيد من التشويه والتفتيت. ولأن هويتنا تعاني كل تلك الأمراض التي أوردنا، فقد تمكن العدو من التسلل إلى الجسد العربي - الإسلامي وزرع سهامه في هذا الجسد ليستمر في النزيف حتى الموت.. أكان موتاً مادياً أم معنوياً، لا فرق.

ثمة من ينفون دائماً وجود خطر على الهوية العربية من الضياع، وتحديداً في مواجهة العولمة وعصر التكنولوجيا الرقمية، ونحن نؤكد على مثل هذا الخطر، ليس لأن العولمة قادرة على ابتلاع كل ما يقف في وجهها من "هويات" ذات خصوصية، فهذا أمر معروف، إذ أن أي قوة

عظمى تسعى لابتلاع القوى الضعيفة، لكن الخطر هو في كوننا نتعرض للانهيار من الداخل، وبسبب عوامل ضعف داخلية في الغالب، وهو الأمر الذي نتعرض له منذ مئات السنين. فإذا كان وجود الهوية يمثل وجودنا المعنوي في العالم، فغيابها يمثل غيابنا المادي عن هذا العالم، وهو ما تتجلى بوادره في هزائمنا المتكررة على مدى قرون، بدءاً من الاستسلام للهوية العثمانية وحتى اليوم.

الثقافة النفسية المتخصصة

فصلية متخصصة

الأفراد:

- اشتراك سنوي **40** دولاراً أميركياً.
- اشتراك سنوي شامل **100** دولار أميركي.
- اشتراك مدى الحياة **500** دولار أميركي.

المؤسسات

- اشتراك سنوي **100** دولار أميركي.
- اشتراك سنوي شامل **150** دولاراً أميركياً.

سعر النسخة الواحدة لعام سابق **10** دولار أميركي

الثقافة النفسية المتخصصة

ملف العدد

التنويم المغناطيسي

الثقافة النفسية المتخصصة

ملف العدد

سيكولوجيا التدين

الثقافة النفسية المتخصصة

ملف العدد

التراث النفس العربي

إعداد: نشأت صبوح، رمزية نعمان، سناء شطح

تحوير وراثي يحسن الذاكرة ويساعد بعلاج الزهايمر

اكتشفت دراسة طبية جديدة أن جيناً محوراً يحسن الذاكرة طويلة المدى لدى فئران المختبر. وهو اكتشاف يأمل منه الباحثون أن يؤدي يوماً ما إلى حياة أفضل لمرضى ألزهايمر، وغيرهم ممن يعانون عطب الذاكرة. وفي هذه الدراسة، يلفت باحثون من جامعة مكغيل في كندا إلى أن لديهم الآن هدفاً ممتازاً لتطوير علاجات جديدة، تكون قادرة على إحداث التحوير الوراثي المتصل بالذاكرة، بما يؤدي إلى فوائد عظيمة للأشخاص المسنين الذين يعانون فقد الذاكرة. وباستخدام الجين المحور – الذي ينظم التحكم والانتقال بين الذاكرة قصيرة المدى والذاكرة طويلة المدى لدى الفئران - تمكن فريق البحث من السيطرة على الاستجابات والتفاعلات الكيميائية الحيوية في أدمغة الحيوانات، وبالتالي التحكم في ذاكرتها وسلوكها الإدراكي، بحيث يتم تعزيز وتقليص نطاق وظائف الذاكرة طويلة المدى.

متاهة الماء

ولدراسة الذاكرة المتعلقة بالحيز، أو الفضاء، استخدم الباحثون بعض الاختبارات، مثل متاهة موريس المائية، حيث يوضع الفأر في بركة ماء تحتوي على منصات مخفية، موضوعة تحت سطح الماء مباشرة.

وكان هناك بعض الإشارات الدالة، أو العلامات المميزة الموضوعة حول بركة الماء. ومن خلال عدد من المحاولات، قام الباحثون بتحليل السرعة التي تتذكر بها الفئران كيفية استدلالها على المنصات المخفية باستخدام تلك العلامات المميزة. في هذا الاختبار، وفي غيره، وجد الباحثون أن الفئران ذات الجينات المحورة قد أظهرت ذاكرة أفضل، وكذلك قدرة

أحسن على التعلم. يقول الباحثون إن الخطوة التالية هي النظر في عدد من المركبات المختلفة للبدء في البحث عن عقار يمكن أن يصمم لتحسين الذاكرة طويلة المدى لدى البشر.

يذكر أن باحثين آخرين من جامعات مونتريال وحيفا وميشيغان قد تعاونوا في إنجاز هذه الدراسة مع فريق بحث جامعة مكغيل، والذي يضم أيضاً البروفسور كريم نادر، أستاذ علم النفس المعروف باكتشافه لإمكانية علاج تأثير ذكريات الصدمات بواسطة العقاقير.

اكتشاف ألماني هام لمكافحة الزهايمر

قال باحثون ألمان إنهم حققوا اكتشافاً هاماً في أبحاثهم الجارية لمكافحة مرض الزهايمر الذي يصيب كبار السن بشكل خاص. وأكد باحثو معهد الكيمياء والكيمياء الحيوية في جامعة "فري يونيفرسيتات" في برلين أنهم عثروا على طريقة تمنع تشكل المادة البروتينية المسببة للمرض الذي يحدث تلفاً في المادة المكونة لخلايا الدماغ. وقال البروفيسور جيرد مولتوب إن الباحثين تمكنوا، إلى حد كبير، من منع تشكل المادة التي تقوم بتدمير الخلايا العصبية، وتعتبر سبباً في مرض الزهايمر.

ويمكن لهذا الاكتشاف أن يتيح إنتاج أدوية جديدة لعلاج هذا المرض الذي يظهر على شكل ضعف في الذاكرة.

وقامت الباحثة ليزا مونتر، وأعضاء الفريق الباقون، بتغيير طريقة تشكل المادة البروتينية الخطرة انطلاقاً من بروتينة تدعى "البروتينة المحفزة". وأدت هذه العملية إلى تشكيل جزيئات بروتينية أقصر وغير ضارة، بدلاً من المادة الخطيرة المسببة للمرض.

وتقدم الباحثون بطلب تسجيل براءة اختراع عن اكتشافهم الذي ستنشر تفاصيله بنهاية أبريل/نيسان في مجلة "أمبو جورنال" المتخصصة. يذكر أن مرض الزهايمر – الذي لا يوجد له علاج بعد - يتسبب في وفاة المصاب خلال خمس إلى عشر سنوات من ظهور أعراضه. وتفيد أرقام منظمة الصحة العالمية أن قرابة 24 مليون شخص في العالم يعانون منه.

الكحول تتلف دماغ النساء أسرع

أشارت دراسة أُجريت في روسيا، ونشرت نتائجها في الولايات المتحدة، إلى أن الكحول يتلف بسرعة أكبر دماغ المرأة منه دماغ الرجل. ويفيد واضعو الدراسة التي تنشر في عدد أيار/مايو من مجلة "الكحوليزم: كلينيكال أند إكسبريمنتل ريسيرتش" أن أبحاثاً سابقة أظهرت أن الكحول يتلف كبد المرأة وقلبها أسرع مما يحدث عند الرجل، حتى لو كانت كمية

الكحول المستهلكة أقل. ولقياس التأثير المقارن للكحول عند الجنسين أخضع الباحثون 102 مدمن كحول (78 رجلاً و24 امرأة) تتراوح أعمارهم بين 18 و40 عاماً لسلسلة من الفحوصات لتقييم وظائفهم العقلية. وأخضعت مجموعة تضم 68 رجلاً وامرأة من غير مدمني الكحول للفحوصات نفسها. وقبل المشاركة في الدراسة امتنع مدمنو الكحول عن شرب الكحول على مدى ثلاثة أو أربعة أسابيع. وبالمقارنة مع الرجال تبين أن أداء النساء المدمنات أسوأ في الفحوصات التي تناولت الذاكرة البصرية والمنطق وحل معضلات. وأوضحت الطبيبة باربرا فلانيري من مركز الأبحاث "آر تي اي إنترناشونال" في بالتيمور (ميريلاند شرق) المشرفة الرئيسية على هذه الدراسة، أن جسم المرأة يحول الكحول بطريقة مختلفة عن جسم الرجل بالوزن نفسه. ومن الأسباب المطروحة لتفسير ذلك أن جسم المرأة يختزن كمية أقل من الماء مقارنة مع الرجل، مما يسمح لهؤلاء بتخفيف تأثير الكحول.

دواء ينسف الدورة الشهرية

تتحرك وزارة الصحة الأميركية (Food and Drug Administration) نحو إعطاء الضوء الأخضر لتسويق دواء "سحري" يزيل الموعد الشهري للسيدات مع الحيض (Menstruation) ويحررهن من عبودية الدورة الشهرية. ويدعى الدواء الجديد (Lybrel) وتنتجه (Wyeth)، والشركة الصيدلية الأميركية ستدفع نفقات باهظة، لقيادة حملة إعلانية غير سهلة، تهدف إلى الوصول إلى قلوب وعقول المستهلكات، لإقناعهن بفائدة الدواء الجديد، فالعديد من السيدات لا يستطعن التخلي عن حدث هام (الحيض) يعتبر رمز الخصوبة الأنثوية وسلامتها. كما يمثل آلية طبيعية لا يُعلى عليها للقيام بفحص الحمل.

دواء للصرع يعالج اضطراب النوم المرتبط بتناول الطعام

ذكرت دراسة حديثة أن دواء توباماكس الذي يوصف لمنع نوبات الصرع، يعالج أيضاً ما يعرف باسم اضطراب النوم المرتبط بتناول الطعام. وقال معد الدراسة الدكتور جون دابليو وينكيلمان من كلية الطب في جامعة هارفارد لصحيفة كلينيكل سيكياتري أن اضطراب النوم المرتبط بتناول الطعام هو اضطراب سلوكي يجمع بين الاستيقاظ الليلي المتكرر نتيجة لاضطراب النوم، وبين تناول الطعام الاضطراري، والمدفوع نتيجة اضطراب تناول الطعام في نهار اليوم. وأضاف أن الاضطراب يتسم باستيقاظ كلي، أو جزئي، من النوم، مع رغبة جارفة في تناول أطعمة عادة ما تكون ذات سعرات حرارية عالية. وبحث وينكيلمان 30 حالة لمرضى

مصابين باضطراب النوم المرتبط بتناول الطعام تم علاجهم بدواء توباماكس في عيادة لعلاج اضطرابات النوم، ويبلغ المتوسط العمري لهؤلاء المرضى 44 عاماً وثلاثة أرباعهم من النساء. وبدأ اضطراب النوم المرتبط بتناول الطعام عندما كان المرضى في متوسط عمري بلغ 25 عاماً، وقبل بدء تناولهم الدواء، أصيب جميع المرضى بنوبة الرغبة الجامحة في تناول الطعام خلال الليل، وانتابت النوبة أغلبهم أكثر من مرة في الليلة. وأشار وينكيلمان إلى أنه بعد 11 شهراً من العلاج اعتبر 17 مريضاً (68 بالمئة من أصل 25 مريضاً) مستجيبين له، ولم يتغير 7 مرضى، أي 28 بالمئة منهم. فيما ساءت حالة واحد أي 4 بالمئة منهم.

إضافة إلى 7 مرضى (2 بالمئة) فقدوا ما يزيد على 10 بالمئة من أوزانهم. وأصيب 21 مريضاً بأعراض جانبية، مثل فقد الإحساس، أو الوخز، والنوم الزائد عن الحد أثناء النهار، واختلال فى الوظائف الجنسية. وخلص وينكيلمان إلى أن توباماكس اكتشف كعلاج ذي نفع ملموس للمرضى باضطراب النوم المرتبط بتناول الطعام.

علم النفس المهني

السلطة والاضطرابات النفسية

المؤلف: Volker Faust

ترجمة: أ. د. سامر جميل رضوان

على الرغم من ارتباط "السلطة" بمجموعة من التداعيات الأقرب للسلبية منها للإيجابية، من استغلال السلطة، أو إساءة استخدامها، أو التعسف والقمع، إلا أن غالبية من هم في السلطة يدركون واجباتهم ومسؤولياتهم، ويكونون على قدرها، ويشعرون أن كل هذا يكلفهم الكثير من الطاقة الجسدية، والنفسية، والذهنية.

ولكن ما الذي يمكن أن يحدث لو أن هذه الشروط لن تعد متوافرة، من خلال القصور الجسدي، أو الذهني، أو النفسي، على سبيل المثال، أي تراجع القوى واضطرابها ومرضها؟ ما الذي يحدث لو كان المعني بهذا ليس شخصاً في قمة مؤسسة، وإنما في قمة هيئة اتخاذ القرارات لدولة ما؟ فهنا لا بد وأن تكون العواقب وخيمة، وفي حالات منفردة قد تكون مدمرة مصيرياً. وكلما كان النظام أكثر استبدادية absolutist، أي كان أقل قدرة على اللجوء لإجراءات تصحيحية ضابطة، كانت النتائج أكثر جسامة.

ما الذي يعرفه التاريخ، منذ العصور الغابرة حتى عصرنا الراهن، من أمثلة؟ وما الذي كان من المفترض أن يتم فعله، وبشكل خاص تصحيحه في الوقت المناسب، أو دعمه، أو منعه؟ وبشكل خاص مَن وما هي المؤسسات، وفي أي نوع من التراجع الصحي، ومن هم المتخصصون؟ وكيف هو الأمر اليوم في الأنظمة الديموقراطية؟

سنقدم في ما يلي بعض الأفكار حول هذا الموضوع مستعينين بأمثلة من التاريخ الحديث.

"لو تمكن المرء من إبعاد "القائد" المريض عقلياً آدولف هتلر من السلطة في الوقت المناسب ليس بالضرورة في عملية اغتيال - لكان قد تم توفير الكثير على ألمانيا والعالم". وعلى ما

يبدو، فإن هذه التهيدة التي نسمعها مراراً بمعاني مختلفة لا تثير أية معارضة. والأمر نفسه ينطبق على ج. دبليو تجوغاشفيلي J. W. Dschugaschwili، الذي من المؤكد أن أحداً لم يعد يعرفه تحت اسمه الحقيقي، فهو معروف باسم الديكتاتور الروسي ستالين Stalin الذي أحدث خراباً هائلاً في بلده وبلدان كثيرة أخرى. ويعتقد اليوم أنه كان مريضاً نفسياً كذلك.

إلا أن هناك القليل جداً مما نعرفه عن سياسيين شرفاء ذوي مكانة عالمية، من نحو البريطاني تشرشل Churchill والأميركي روزفلت، اللذين لم يقررا مع ستالين مصير ألمانيا المهزومة فحسب، وإنما مصير أمم أخرى، واللذين كذلك لا يمكن اعتبارهما سليمين (ولكن في عصرهما لم يعدّا كذلك بشكل رسمي، ذلك أن التراجعات في الصحة في ذلك الوقت كانت تعد من أسرار الدولة، وعندما ظهرت لاحقاً إلى النور كانت فضيحة إلى حد ما).

لهذا عبر الأطباء النفسانيون، وعلماء النفس المسؤولون في مثل هذه الأمراض، مراراً، حول كيفية التعرف إليها في وقت مبكر، والتمكن من تقبله و"تنظيمه" على الأقل بطريقة مقبولة لدى كل من الطرفين، إذ أنه إذا كان شخص ما مريضاً نفسياً، ولايتحمل مسؤوليات كبيرة، فإن الأمر ليس مشكلة، أما رجل الدولة المزعزع نفسياً، أو حتى المضطرب، أو المريض، فهو في المقابل مشكلة كبيرة.

ومن المطالعات المفضلة حول هذا الموضوع الكتاب القديم حول "الجنون والسلطة" للانغه -آيشينباوم W. Lange-Eichenbaum، الذي لم يضم في طياته السياسيين فقط، وإنما الممثلين الباكرين للتخصصات المختلفة (الأدب والفن التشكيلي والموسيقى والاقتصاد والجيش.. إلخ). وفي هذه الأثناء انبثق من هذا الكتاب 11 جزءاً جمعت فيها حتى عصر محدد كل السير الذاتية المرضية Pathograpia، أي عرض تأثيرات المرض على نمو وإنجاز شخص ما. وأحياناً يتولد لدى المرء الانطباع، على الأقل للوهلة الأولى: هل هناك عظماء في مجالهم، يتوقع أن يكونوا أصحاء نفسياً بالفعل؟

قد يكون هذا موضوعاً شيقاً على درجة عالية من الأهمية، إلا أنه علينا هنا أولاً أن نعالج المشكلة على أساس مساهمة جديدة في مجلة طب نفس المستشفى Krankenhauspsychiatrie تحت عنوان السلطة والروح": الأمراض النفسية لدى زعماء الدول، على أساس تاريخي أكثر من المرضي، بما في ذلك الأمثلة المطابقة اليوم.

فهناك تمت الإشارة في المقدمة إلى أنه: "على الرغم من أن التاريخ يعرف أمثلة كثيرة عن الصحة العقلية المتأذية في رؤوس الدول مع عواقب وخيمة إلى حد ما، إلا أن هذا الموضوع ليس موضوعاً للنقاش العلني نسبياً". لهذا سنقوم في ما يلي بتقديم عرضاً توليفياً.

الحافة الضيقة بين المصلحة الفردية والعامة

غالباً ما يجد الأطباء - هكذا يذكر الباحثون - أنفسهم في دور أمين السر والمطلع من جهة، والخبير الملزم بالموضوعية من جهة أخرى. وغالباً ما تكون الحافة بين مصالح الفرد والمصلحة العامة ضيقة. وهذا ينطبق على كل طبيب، وبشكل خاص على ما يسمى بالطبيب الخاص للشخصيات الكبيرة، وعلى الأخص الطبيب الخاص للسياسيين الكبار. إلا أن الأمر يصبح حساساً جداً إذا ما تم تشخيص مرض عصبي، كما كان يسمى في الماضي، لدى القادة السياسيين، أي وجود اضطراب نفسي يمتد من الزهايمر إلى الاضطرابات القهرية بصورة أوسع مما يمكن للمرء أن يتصوره لدى الجمهور.

وليس بالضرورة أن يكون مرضاً جدياً. فهناك عدد كبير من الاضطرابات الوظيفية الدماغية، يمكن تفسيرها على أساس السن. إلا أن ما ينبثق عن ذلك، عندئذ، قد يكون مشكلات معرفية بشكل خاص Cognition، أي ما يمكن أن نفهمه عموماً تحت مصطلح الكفاءة العقلية (التعرف، التمثل، الاستنتاج). وهناك مشكلة أخرى تتمثل في ما يسمى بإدراك الواقع. أو باختصار: هل المعني مازال قادراً على التعرف على الواقع وتفسيره مثلما يقوم به شخص سليم بالمستوى نفسه من التأهيل؟

إنها تلك الخسارة التي على كل إنسان أن يتقبلها في يوم من الأيام عندما يصل إلى السن المناسب. إلا أن السؤال المطروح: هل المعني ما زال يتولى مهمته المشحونة بالمسؤولية، وما الذي يعانيه إذا ما تراجعت قدراته العقلية، وبشكل خاص قدراته على الاستجابة الذهنية، عندما يضمحل انفعالياً، ويبدأ بسوء تقدير الواقع.

وعلى الرغم من أن الناس في الوظائف القيادية، في العادة، أكثر خبرة، وأكبر سناً، ومن ثم أقرب إلى ما يسمى دفع الضريبة البيولوجية للخسارة المعرفية في الكبر، إلا أن الأمر يصبح إشكالياً بصورة خاصة، ليس في تلك المجالات التي يكون فيها السن تقليدياً متقدماً بشكل فوق الوسط للوصول إلى قمة القيادة، سواء كان الأمر سياسياً، أم اقتصادياً، فحسب، وإنما أيضاً، وبشكل أوخم ألا تكون هناك ميزة وجوب، ولزوم الخروج على التقاعد في وقت محدد. فما الذي يعنيه هذا؟

يمكن صياغة الإجابة بصورة لطيفة، أي لماذا يفترض لأدمغة العسكريين، والسياسيين، ورجال الاقتصاد، أن تكون مصممة بشكل مختلف عن الطيارين والمهن المقارية، الذين يعفيهم المرء من مهامهم "في وقت مبكر" على سبيل الاحتياط؟ فرؤساء الدول معرضون للطيف

نفسه من أسباب الموت، وبشكل خاص ساعة الموت مثلهم مثل أي مواطن عادي - بغض النظر عن خطر الاعتداء - كما نعرف من المراجع المطابقة.

أمثلة تدفع للتأمل

1 - واحد من أشهر الأمثلة التي يفترض أن تجعلنا نتأمل، على الأقل، هو ملك الدانمرك كريستيان السابع **Christian VII**، هذا الملك الذي جلس في القرن الثامن عشر لأكثر من أربعة عقود على عرش الدانمرك، وأغرق محيطه بالخوف والرعب، يعتقد أنه كان يعاني – بتشخيص رجعي - من الذهان الزوري (البارانويا)(من اضطراب هذياني، هذا إذا لم يكن فصاماً) الذي لم يسبب الكثير من المآسي، لأن طبيبه الخاص شتروينسي **C. v. Streunsee** لم يتعرف على هذه الظاهرة فحسب، وإنما استطاع أن يحيدها مراراً بطريقة علاجية سلوكية، حيث ترقى من خلال ذلك إلى موجه للدولة (وهو ما عجل في مصيره المأساوي).

2 - مثال ثان هو الرئيس الأميركي توماس ويلسون **Thomas Woodrow Wilson** في بدايات القرن العشرين الذي عاني لسنوات طويلة قبل استلامه الحكم من ارتفاع شديد في الضغط يصعب ضبطه، مع تأذ عابر في التروية الدموية للدماغ، بحيث كان يتوقع له أن يموت قبل أن يستلم سدة الحكم.

كان ويلسون الرجل الأساسي في مؤتمر السلام في باريس، حيث تم تقرير مصير ألمانيا بعد الحرب العالمية الأولى. وحتى في ذلك الوقت، لفت النظر إليه من خلال النسيان، والتصرف غير المناسب، والحدة، كما عانى لاحقاً من سكتة متسعة وشلل نصفي. وقد تم إخفاء ذلك لفترة طويلة، ولاسيما أن زوجته وطبيبه الخاص قد استمروا عملياً بإدارة المنصب، وحالا دون أن يتدخل الكونغرس، ونائب الرئيس في الوقت المناسب.

وكل أولئك العارفين بشيء ما من التاريخ الحديث يعرفون أن هذا كان مجرى وخيم العواقب، بداية للولايات المتحدة الأميركية نفسها، ولأوربا بكاملها فيما بعد، وبشكل خاص ألمانيا والعالم الغربي كله. فقد قيل بأنه هنا قد تم غرس البذور الأولى للحرب العالمية الثانية، التي مهد لها من خلال المرض الشديد لسياسي بارز، عانى من نتائج ما يسمى بالخرف الوعائي **vascular Dementia**.

3 - إلا أن الأمر الأشد كارثية، على ما يبدو، هو مرض جوزيف فيساريونوفيتش تجوغاشفيلي Jossif Wissarionowitsch Dschugaschwili الذي عرف بجوزيف ستالين Josef Stalin والذي لم يكن فقط ديكتاتور الإمبراطورية الروسية، أو الاتحاد السوفياتي فحسب، وإنما حدد أيضاً بشكل حاسم بوصفه شريك مباحثات صلباً لزعماء الدول الغربيين (الذين لم يكونوا كذلك سليمين نفسياً وجسدياً) مصير أوروبا الشرقية، وأجزاء من بقية العالم، ومصير السلم العالمي، في العقود التالية – ومتأثراً على ما يبدو بمعاناته الخاصة بصورة مقصودة.

توفي جوزيف ستالين ("الرجل من الفولاذ") في أواسط القرن العشرين نتيجة نزيف دماغي، بعد عدة نوبات تعطي كلها دليلاً يستحق التفكير على تطور خرف سابق، أي الضعف العقلي الناجم عن ضعف التروية الدماغية.

إلا أن ستالين كان قد أظهر منذ وقت مبكر الكثير من سمات اضطرابات الشخصية الزورية (الهذيانية) (البارانوئية). ويمكننا تصور العواقب. فهي لم تمس الملايين من الضحايا الأبرياء فحسب، وإنما أحد أبنائه من زواجه الأول، وزوجته وعشيقته، وعلى ما يبدو عدة أطباء خاصين. وستالين لم يطغَ على أمته الكبيرة (المجموعة بالعنف من شعوب متعددة) وإنما أرعب نصف العالم، وقاد بعد الحرب العالمية الثانية البشعة إلى أن لا يعود سباق التسلح يعرف حدوداً.

وأكثر ما يرعب فيه كانت نزواته، وبطشه، وحساسيته المتطرفة تجاه النقد، وسلوكه اللئيم والقاسي تجاه الآخرين، وشكه، وأناه المتضخمة، وتمركزه على ذاته، وغيرته المرضية، بشكل خاص في زيجاته.

4 - وبما أننا أشرنا في المدخل إلى أنه بالتعاون مع اثنين من رؤساء الدول الآخرين، اللذين لم يكونا سليمين نفسياً وجسدياً على ما يبدو، قد قرروا مصير ألمانيا وشرق أوروبا (يالطة 1945)، فإن واحداً من أشهر الرؤساء الأميركيين فرانكلين ديلانو روزفلت Franklin Delano Roosevelt لم يكن معاقاً بشدة من خلال شلل الأطفال فحسب، وإنما كان يعاني منذ سنوات من علامات قصور في القلب مع ضغط دم شديد، وهو ما لم يظل من دون عواقب على قدرته في الإنجاز، وبشكل خاص من الناحية العقلية والانفعالية. أما سميّه وأحد سابقيه السياسيين قبل بضعة عقود، الرئيس الأميركي تيودور روزفلت Theodor Roosevelt فقد اعتبر

هوسياً، أي كان يعاني من ارتفاع مرضي في المزاج. راجع التفاصيل في عروض الحالات في نهاية هذه المقالة.

5 - والحليف الثالث في ذلك الوقت كان ونستون تشرشل **Winston S. Churchill** رئيس الوزراء البريطاني المشهور على مستوى العالم، لعبقريته في مجالات عدة، والذي لم يكن نصيبه قليلاً في نصر الحلفاء ضد الرايش الثالث، ونبغ من خلال سيرته السياسية الباكرة (والأدبية كذلك). وهو بدوره كان على ما يبدو هوسياً - اكتئابياً.

ففي أطواره الهوسية (ولحسن الحظ كانت تحدث في الأوقات التي كان المرء بحاجة إليها، أي في أوقات الأزمات الكبيرة لبريطانيا في أثناء الحرب العالمية الثانية) كان لا يجارى ذهنياً وجسدياً، ومن ثم سياسياً، إلا أنه في أطواره الاكتئابية كان "على الحافة" لأشهر عدة، بل حتى معرضاً لخطر الانتحار. بالإضافة إلى ذلك، فقد عانى من عواقب نوبات متعددة، وذلك في آخر أيامه في منصبه. وهذا كله عرف بعد موته، وكان قبلاً أحد أسرار الدولة المحفوظة بشدة، وقاد بعد نشره (من قبل طبيبه الخاص بعد موت تشرشل) إلى فضيحة. أنظر التفاصيل في عروض الحالات.

6 - أما عن الأمراضية النفسية لأدولف هتلر، فهناك الكثير من التكهنات. ومما لاشك فيه أنه كان هناك مرض باركنسون، المعروف أن له عواقب نفسية أيضاً، وبشكل خاص الاكتئاب، مع تعكر المزاج والانفعال وسهولة التشتت مع التشاؤم، وحتى أفكار الانتحار. كما هناك حديث عن التهاب دماغي **encephalitis** شافٍ، وعن تسمم من خلال "الحبوب المضادة للغاز"، يكمل ذلك تعلق بالأدوية في نهاية حياته. إلا أن أحداً لايعرف ذلك بالضبط، ذلك انه تم تدمير المذكرات كلها عند الهجوم على برلين، وما تبقى لا يعدو كونه إشاعات لا معنى لها حول "انفلونزا دماغية" لهتلر، وهي التسمية الشعبية في ذلك الوقت لالتهابات محددة في الدماغ **(epidemic Econom-Encephallitis)**.

وكلاهما، التهاب الدماغ، ومرض باركنسون، يمكن أن يفسرا جزءاً من طبيعة هتلر، ولكن الجزء الأصغر فقط. إذ أنه قد يكمن خلف كل ذلك بنية شخصية محددة كانت تطلق عليها في الماضي تسمية السيكوباثيا، تسمى اليوم اضطرابات الشخصية، وهو ما يتيح

عدة إمكانات في تفسير طبيعة هتلر بالذات، وما زال يناقش حتى اليوم بين الخبراء بصورة خلافية. فقد كان في كل الأحوال بالنسبة لألمانيا والعالم كله كارثة.

رؤساء الدول في الماضي القريب

لا يستثير التأمل رؤساء الدول في الماضي فحسب، والذين يمتلئ التاريخ بهم عملياً في كل العصور، حتى في العهد القديم، وإنما في العقود الماضية القريبة أيضاً.

لقد تم انتخاب الرئيس الفنلندي أورهو كيكونين **Urho Kekkonen** بعمر يناهز **78** عاماً رئيساً لفنلندا للمرة الرابعة، ومن المؤكد أن هذا ليس بدون سبب، فقد كان محبوباً، وصالحاً سياسياً، إلا أنه اضطر بعد ثلاث سنوات للاستقالة بسبب الخرف **Dementia** الذي احتفظ به سراً. وكان قبل ذلك مثالاً للصحة التي لاتبلى. فقد تم تقديس شخصه. فلعقود طويلة جعل بلده، سياسياً، بعيداً عن الصراع بين الغرب والشرق بسبب الحرب الباردة، ولعقود بعد ذلك. إلا أنه في النهاية كان مشتتاً، وعاجزاً، بحيث أنه تم الاعتذار عن اللقاءات الرسمية المهمة بسبب "الأنفلونزا" ناهيك عن المشاهد المخجلة (التي جالت العالم كصور بعد ذلك).

ولايمكن اتهام الناخبين بأنهم في النهاية لم ينتخبوا كيكونين الحقيقي، وإنما انتخبوا تصورات رغباتهم عن الملك الذكي والمعافى للأبد. ويطلق علماء الاجتماع على مثل هذا الأمر "الحكم الكاريزمي" الذي يترقى فيه الحاكم بسبب صفات محددة، ولاحقاً لايعود أحد يشكك فيه، وكلما طال أكثر، قل الانتقاد.

وقد قاد هذا لاحقاً إلى أنه على الرئيس الفنلندي أن يقدم تقريراً صحياً كل سنة.

كان رونالد ريغن واحد من أكثر الرؤساء الأميركيين نجاحاً، على الأقل من الخارج. وكانت ظروف انطلاق جيدة، لأن سابقه الرئيس جيمي كارتر ظل باهتاً خارجياً وسياسياً، مع العلم أنه حصل على جائزة نوبل للسلام بسبب تدخلاته النزيهة أخلاقياً وسياسياً. وقد قدم ريغن نفسه بوصفه كان في السابق ممثلاً محبوباً، ليس فقط في أدوار الكاوبوي، في تلك الصورة المثالية التي ربما لا يأخذها الأميركان على محمل الجد بشكل كبير، ولكن يحفظونها في قلوبهم في الواقع، ألا وهي صورة "الفشار" الناجح، سواء في الحياة اليومية، أم في السياسة.

وحتى بعد الاعتداء عليه في عام **1981** وعملية سرطان الأمعاء في عام **1985**، مع ضرورة تناول الأدوية القوية المسكنة للألم والمهدئة، لم يسلم مهامه إلى نائبه، إلا فيما ندر. إلا أن

الأطباء وعلماء النفس والصحفيين يتساءلون اليوم فيما إذا كانت قد تراجعت قدراته العقلية في ذلك الوقت، إذ أنه لاحقاً، أي بعد انتهاء مدة رئاسته، ظهر بنفسه في وسائل الإعلام وأعلن أنه يعاني من خرف الزهايمر، وهي خطوة مثيرة للإعجاب، لأنه بهذه الخطوة قد "نزع" عن هذه المعاناة الوصمة، ومن ثم نزع جزء من الخجل عن كثير من المعنيين وأقاربهم.

وقد تطول القائمة في عصرنا الراهن، بدءاً من الأمراض الجسدية، مع عواقب نفسية واجتماعية نفسية، وصولاً إلى الهذيان المثير، من نحو أنور حوجة Envar Hodscha الدكتاتور الألباني على سبيل المثال، وإن كان لا ينتهي الأمر في الدولة (الغربية الديموقراطية) الحديثة كما هو الحال لدى الملك لير، في الدراما المشهورة لويليام شكسبير، الذي انتهى فيه الانحلال النفسي - العقلي بزوال ملكه كلية، فإنه لا يمكن اليوم استبعاد أن يحاول المرء، لأسباب استراتيجية – سياسية، أن يحاول إخفاء ما يمكن إخفاؤه - طالما الأمر كان قابلاً للستر.

ولكن ما الذي يمكن للمرء فعله إذا كانت المؤسسات، والسياسيون المعنيون، عازمون على رفض ذلك. فمن يستطيع هنا أن يساعد بعلمه التخصصي؟

ما الذي يمكن عمله، ما الذي ينبغي عمله، ما العمل؟

المشكلة واضحة: فالفشل العقلي يحصل أيضاً في قمة الدول، سواء أردنا إدراك ذلك أم لم نرد. وإذا كان يمكن التنبؤ بالأمر، عموماً، فهو في الحالات الفردية فقط. لهذا علينا أن نفكر في وقت مبكر بمثل تلك الإمكانات. إذ أن الكفاءة العقلية، أو عدمها، لرئيس دولة ما يعد "كعب أخيل" الأمة. فحتى لو كان الشعب لا يطلب أن يقبع عبقري في قمة السلطة، إلا أنه يرغب بوجود قدرات (فوق المتوسطة)، فيما يتعلق بالتفكير المنطقي والتجريد والاستنتاجات الملموسة على سبيل المثال، وإذا كان بالإمكان أيضاً السلامة الأخلاقية moral integrity. ولكن فيما إذا كانت هذه الرغبة قابلة للتحقيق، أو حتى مبررة، فهذه مسألة أخرى. فعلى الرغم من أننا نعيش في ديموقراطية تمثيلية (نيابية) وللجميع تأثير على الانتخابات الشرعية، ولكن بهذا لا نكون قد امتلكنا الرؤية اللازمة بعد، على ما يبدو بتناقص مستمر على الرغم من التأثير المتزايد للإعلام.

وهكذا يقف السياسيون، عموماً، ورؤساء الدول، بشكل خاص، من خلال الإعلام تحت الأضواء، ويتضح باطراد بأن الضعف العقلي سرعان ما يصبح قضية عامة. وهذا ينطبق على الأمة ذاتها، وعلى الخارج أيضاً، وبشكل خاص في الزيارات الرسمية، أي في المواقف

الحرجة التي يكون فيها الجميع في أعلى درجات التوتر. وهنا توجد مجموعة كبيرة من الأمثلة التي سنشير منها إلى الرئيس الروسي السابق بوريس يلتسن **Boris Jelzin**، والذي توهم ببلد مختلف كلية غير موجود على الإطلاق، وأراد توقيع اتفاق معه. فهل كان مجرد إنهاك، أم بدأ بسبب الأذى الناجم عما يسمى هنا التهاب دماغي كبدي **hepatitis encephopathia** بعد إساءة استهلاك الكحول؟ هناك كفاية من نقاط الشك، والقليل من النتائج الموضوعية والمنشورة بشكل خاص، ويظل المتخصصون معتمدين على التخمينات.

وهنا، فإن السياسيين الكبار هم بشر مثلهم مثل أي إنسان آخر، ولا يحتاجون في النهاية شيئاً غير التشخيص المبكر والصريح والعلاج الهادف بعد ذلك. إلا أنه يتم تغطية السياسيين بشكل محكم **hermetic** لأسباب وجيهة، ليس فقط في الدول الديموقراطية، التي غالباً ما لا تكون رؤيتها مختلفة عن الديكتاتوريات (أوَ ليست كذلك؟)، والتكتم على الأمر هو الحل بأي منظور. وهذا الحل هو النصيب، أو المصير، الذي يمنع المريض المحتمل في مرتبة القيادة من الحصول على العلاج الهادف، وهذا ينطبق على المعاناة الجسدية، بل والنفسية أيضاً.

وهنا كذلك توجد مجموعة من الأمثلة التي يعد توماس إيغلتون **Thomas Eagelton** واحداً من أهمها، الذي كُبح في "أكبر دولة حرة في العالم"، الولايات المتحدة الأميركية، بوصفه من سياسيي القمة قبل أن يتسلم منصبه. أنظر عروض الحالات لاحقاً.

إلا أنه يمكن للمرء أن يتساءل أيضاً فيما إذا كانت تكتيكات التغطية تلك السبب الحقيقي الوحيد لعدم كون الاستقرار العقلي، والنفسي، لرؤساء الدول، هي الكامنة خلف عدم تحول هذا إلى موضوع شائع للنقاش العام. ربما يكون السبب المفرح أن سياسيي القمة هؤلاء هم بالفعل أصحاء بشكل فوق المتوسط، إلا أن احتمال ذلك ضئيل.. أو أنه قد لا ينظر المرء بدقة كافية عند طرح السؤال: إلى أي مدى قادتنا السياسيين قادرون؟ ويتجلى هذا على سبيل المثال في اللامبالاة، وفقدان الاهتمام، والتصديق الساذج، والتقشف السياسي ("ما الذي يهمني ما يحصل هناك في الأعلى") أو ببساطة بسبب الانصياع للسلطة، والتمجيد الغارق بالأمل، فيما يتعلق بالأب السياسي – وبالرمز في قمة الدولة – وهو أمر منتشر بكثرة أكثر مما يمكننا تصوره.. أم هو نوع من الخجل الجماعي، مس مخجل، يجعلنا نغمض عيوننا، إذا ما فقد شخص ما القدرة على المعاوضة النفسية. فمثل هذا الأمر لا يجده المرء لدى الأقارب فقط، وإنما لدى الأصدقاء والجيران وزملاء العمل. حتى أن الخرف، أي الضعف العقلي

المرتبط بالشيخوخة، مع عواقبه السلوكية الشاذة الممكنة، أو حتى الدقة الشديدة، هي أكثر إشكالية من مرض نفسي واضح. ويرجع هذا إلى إمكانية أنه يمكن في الواقع أن يصيب أي إنسان، وصل إلى سن الشيخوخة، المرغوب بالأصل، ولكنه في الوقت نفسه سن معرض لخطر الإصابة بالخرف من جهة، ومن جهة أخرى يرجع إلى السن المتقادم، والكيفية التي يتطور بها المرض، وأخيراً في استحالة التأثير على ذلك على المدى البعيد، على الأقل حتى اليوم، سواء بالعلاج الاجتماعي، أم بالنفسي، أم بالدوائي.

وإلى جانب الأنماط السلوكية الثورية، تضاف بالنسبة للأنظمة غير الديموقراطية أنماط سلوك مشؤومة. ("على المرء أن يترك الأمر للقدر أن يقرر"). هكذا يقول الاستنتاج اليائس الاستسلامي، الذي نجم عن دراسات التاريخيين والباثوغرافيين (دارسي السيرة المرضية Pathographen). ومن جهة أخرى، فلو تصرفت مملكة بافاريا، أو حكومته اليائسة، في ذلك الوقت ضد لودفيج الثاني Ludwig II بصورة مبكرة وحاسمة، لما كانت هناك حكايات عظيمة تستثمرها اليوم حكومة بافاريا الديموقراطية. وبالمناسبة، فإن الشعار القائل: "سوف يتغير الوضع" أو "لن يحصل إلا الخير" "لا يصح إلا الصحيح" لا يحقق وظيفته المواسية إلا إذا كان الإنسان يعتقد بحاكمية الله (وهي ليست تصورات عفا عنها الزمن، والتوق المطلق لعدد متنامي من المواطنين التعبين من الديموقراطية والبيروقراطية يتحدث عن نفسه).

إمكانية أخرى، هي تكتيك الطبيب الدنمركي الخاص شتروينسي Streuensee المذكورة الذي حاول الحفاظ على الملك، أو الرئيس اليوم، كمظهر، أو كشكل، وأدار الأعمال الرئاسية من وراء الكواليس، إن صح التعبير (وهو ما حصل أيضاً في أميركا الحديثة من خلال زوجة الرئيس المريض بشدة ويلسون Wilson وكذلك في ألمانيا مع الرئيس الاتحادي لوبكه H. Luebke ويعتقد أن الأمر قد سار بسلام.

وأخيراً، يمكن الحفاظ على وهم القائد العظيم عند الشعب عبر القوة البيروقراطية والعسكرية، وبشكل خاص من خلال وسائل الإعلام الموجهة من الدولة. وعلى الرغم من أن هذا خدعة (illusion: مشتقة من الكلمة اللاتينية illudere وتعني السخرية، الهزء، التهكم) بالمعنى الحرفي للكلمة (أمثلة: المكتب السياسي للصين الحمراء وفي الاتحاد السوفياتي السابق، واليوم في شمال كوريا)، إلا أن لهذه الطريقة حدودها وإمكاناتها في الدول الديموقراطية.

ويصبح الأمر أصعب لدى الرؤساء في الدول الديموقراطية، حيث تكون السلطة في يد الشعب نظرياً، والقرار يرجع إلى النواب والقضاة. فما هو الوضع القانوني الراهن، في ألمانيا على سبيل المثال؟ في ما يلي بعض الأفكار حول الكيفية التي يناقش فيها هاوشتاينر و بفاو **C. Hausteiner & B. Pfau** في المقال المذكور سابقاً:

في حال مرض المستشار الاتحادي، هناك إمكانية طرح تصويت الثقة البناء، والذي يمكن طرحه أيضاً عند الشك بوجود عدم كفاءة في المنصب. كما يمكن للبرلمان الألماني (البوندستاغ **Bundestag**) أن يقرر أن ينوب عن المستشار نائبه لبقية الدورة الانتخابية. وكممثل للرئيس الاتحادي، يعمل في البداية رئيس المجلس الاتحادي. أما "الدعوة الرئاسية" التي يمكن لمجلس النواب أن يرفعها أمام محكمة حماية الدستور، إذا ما كان هناك شك بمخالفة الدستور بصورة متعمدة من قبل الرئيس الاتحادي، فإنها في هذه الحالة لا يمكن أن تنجح. إذ إن إمكانية الانتخاب مرتبطة في ألمانيا بالقدرة على ممارسة العمل. لهذا يتم إلغاء منصب المستشار، والرئيس، بشكل آلي، إذا ما كانت هناك ضرورة تحويل المستشار، أو الرئيس، إلى مستشفى الطب النفسي بمعنى قانون الرعاية. وهذا ما تقرره في النهاية المحكمة الابتدائية في برلين.

وبشكل عام، ينتقد الخبراء أن هذا الوضع القانوني غير محدد فيما يتعلق بهذا الأمر في الدستور، إلا أن هذا "الوضع الجدي" لم يحصل حتى الآن في تاريخ ألمانيا الاتحادية.

وتوحيد سن التقاعد سيكون، على التأكيد، من أكثر الاقتراحات الخالية من الخيال، لتنظيم عدم كفاءة التصرف السياسي المرتبطة بالمرض، فعدد السياسيين النشطين سياسياً في سنوات العمر المتقدمة، والمتقدمة كثيراً، تثير الدهشة أحياناً (ولا يعد مستشار مرحلة مابعد الحرب العالمية الثانية في ألمانيا كونراد آديناور **Konrad Adenauer** مثالاً وحيداً على ذلك). ناهيك عن أنه كل واحد منا يعرف أمثلة من الإنجازات الإبداعية في ما يسمى بسن التغيرات الارتدادية، أو سن التراجع، أو السن المتقادم.

وهناك إمكانية أخرى تتمثل في الفحص العصبي - لنفسي لكل الأشخاص في المواقع ذات المسؤولية الكبيرة. ففي الولايات المتحدة الأميركية، هناك الكثير من الأصوات التي تطالب بلجنة متخصصة، تقوم بنصح الكونغرس في حال الضرورة، على سبيل المثال بأن يتم نقل المسؤوليات إلى نائب الرئيس. وعلى الرغم من أنه منذ عام **1972** على المرشحين الرئاسيين أن ينشروا تقريراً حول صحتهم (وهذه كانت فضيحة إيغيلتون **Eagelton** – انظر لاحقاً)، إلا أنه حتى الآن لم يطبق هذا الأمر سوى القليل من مرشحي الرئاسة.

أما الاقتراح بإجبار الفاحصين الطبيين المرشح على نشر تقرير حول صحته لمصلحة الدولة إذا ما امتنع المرشح عن ذلك فسوف يقود بالطبع إلى مشكلات قانونية وأخلاقية كبيرة، وبالدرجة الأولى واجب الكتمان للطبيب. إلا أنه يجوز أن يتم خرق واجب الكتمان حسب قانون التنظيم المهني عندما تكون حماية مبدأ قانوني عالي القيمة (أي - كمثال متطرف هنا - عندما يعرف الطبيب بأن مريضه يخطط لجريمة).

لهذا فإن أولئك الذين يحذرون بوجوب التحفظ يبررون الأمر على النحو التالي: إن الجمهور يستفيد من السياسي الذي يراجع الطبيب عندما يحتاج إليه أكثر من ذلك الذي يخشى من التعامل مع الأطباء، لأنه عليه أن يخشى من تدمير سيرته السياسية (أو أي أمر آخر).

بالإضافة إلى ذلك يطرح السؤال نفسه فيما إذا كان ينبغي منح الأطباء والنفسانيين السلطة بالفعل لتقرير كفاءة المنصب للسياسيين. حتى أنه يوجد خلاف بين الأطباء في هذا الأمر. وهو لا يتعلق في النهاية فقط بنوع المعاناة، أو الفرع الطبي المعني، والمتخصصين فيه. ففي المسائل العصبية، فإن مجال تفسير التشخيص ضيق نسبياً (سرطان دماغ، التهاب دماغ.. إلخ). أما في الأمراض والاضطرابات النفسية، فإن الأمر يختلف. ففي مجال بنية الشخصية بالتحديد، ومن ثم اضطرابات الشخصية، فإن الحدود بين "السواء" و"الاضطراب" حتى "المرضي" واسعة جداً، وغالباً ما تكون مطاطة. وهذا ما يعرفه السياسيون أنفسهم، الذين يقوم على خدمتهم في بعض البلدان (من نحو الإتحاد السوفياتي السابق) أطباء مطيعون، يلصقون سمة المرض النفسي بمنتقدي النظام ومعارضيه من أجل نزع صفة المصداقية عنهم. ومن ناحية أخرى، هناك أمثلة مرعبة واسعة من هذه المجموعة، من نحو الديكتاتور الكمبودي بول بوت Pol Pot، فقد كان هذا الدكتاتور في يوم من الأيام طالباً موهوباً في فرنسا، قرأ كل الفلاسفة والماركسيين الكبار، ولكن، وعندما أصبح في السلطة في بلده الصغير في الشرق الأقصى، ذبح ثلث شعبه – لأسباب سياسية معقولة بالنسبة له، كما يقال.

وإذاً، أي تشخيص نعطيه للمتطرفين الأصوليين، أي من السياسيين هم "منطقيون consequent" وأيهم متطرف، أيهم نرجسي (مفتر بنفسه، متعجرف، سريع الغضب، وأعمى البصيرة) أو أليس النرجسيون في الحياة اليومية هم سياسيون أفضل؟ إلى أي مدى تتقارب العبقرية والجنون من بعضهما، وهو ما لا يسري فقط على الفن، وإنما أيضاً على السياسة والجيش.

وعليه يرجح معظم الخبراء، وبشكل خاص الأطباء الذين يعنيهم هذا الأمر بشكل خاص، الآراء التالية:

ينبغي عدم التقليل من أهمية الاستغلال الممكن لتنظيم يجعل كفاءة الحكم متعلقة بالحالة العصبية والنفسية. فالسلطة ينبغي أن تظل بيد الدولة، أو ممثليها غير الطبيين. ولا يستطيع الأطباء النفسانيون، وأطباء العصبية، والمتخصصون النفسانيون، التعبير عن آرائهم إلا إذا رأوا أن الأمر مناسب أو ملح، وجهزوا الأرضية للإحساس اللازم بالتوعية، والإجراءات الوقائية، وبعدئذ يتدخلون إذا كان الوضع الجسدي والنفسي والاجتماعي النفسي يتطلب ذلك بالفعل.

وتقدير درجة التضرر **impairment** هو من واجب الأطباء، أما الحكم على أهلية إدارة المنصب **disability** فهو من مهام الهيئات السياسية والقضائية.

ويخضع الأطباء النفسيون يومياً لمواجهات مهماتهم، وبشكل خاص لحدودها. وقد يقبع ذلك في عدة طبقات تحت ما نناقشه هنا، إلا أنه يشمل أطر المشكلات نفسها. وهذا يبدأ مع السؤال التافه ظاهرياً: من يمتلك حق الخروج في أثناء العلاج المركزي، وكم هي المدة؟ هل هذا القرار مهم؟ في غالبية الحالات ليس كذلك، ولكن يمكن عند سوء تقدير الواقع أن يقود إلى اليأس والضياع، أو التشتت، وأحياناً إلى إلحاق الأذى بالنفس، ومن ثم إلى خطر الانتحار. وفي التقويم الطبي الشرعي للمرضى نفسياً، أي المرضى النفسيين المحكومين، يصبح الأمر أكثر إثارة، فمن شأن هروبهم، أو حتى عدم العودة في الوقت المناسب، بعد الإذن لهم بالخروج، أن يسبب الكثير من الإثارة لدى الجمهور. وأخيراً – كمثال على المسائل التفريقية – الفكرة التي مفادها: هل يسمح لطيار مكتئب بالطيران؟ أم هل هو بسبب خسارته الاستعرافية (الذهنية) المرتبطة بالمرض غير قادر لفترة عابرة؟ ناهيك عن إمكانية التصرفات الانتحارية (إمكانية انتحار موسع مع الركاب، توجد على الأقل أمثلة تخمينية).

وبهذا، فإن الأطباء النفسانيون يشهدون كل يوم مدى صعوبة التمييز بين المصلحة الفردية (المريض) والمصلحة العامة. ومع ذلك ينبغي في كل يوم أن يتم إيجاد إجابة مستجدة. إنه توليف ناجم عن السعي نحو الحقيقة والعدالة – بغض النظر على أي مستوى من "الرجل العادي في الشارع" إلى رئيس الدولة. (عن **C. Hausteiner & B. Pfau**).

مختارات من أمثلة مشهورة من التاريخ الحديث

رؤساء وحكام بوظائف عسكرية

1 - أبراهام لينكولن Abraham Lincoln: كان أبراهام لينكولن (1809 -1865) الرئيس السادس عشر للولايات المتحدة الأميركية لأربع سنوات، إلى أن تم اغتياله في إحدى زياراته للمسرح من متعصب من الولايات الجنوبية في 1865/5/15. وقد تم انتخابه عقب انقسام في الحزب الديموقراطي الذي سبب حرب الانفصال الدموية بين ولايات الشمال والجنوب الأميركية، التي قادها لينكولن بشكل أساسي لتوحيد الأمة. وكان تحرير العبيد بالنسبة له مسألة سياسية جانبية، حتى وإن كانت نتائجها الإيجابية قد قادت لعواقب واسعة المدى. وبعد انتصار الولايات الشمالية نادى بسياسة تصالحية، مما قاد إلى الاصطدام بانتقادات الكثير من المواطنين المتطرفين، ولم تحمه هذه السياسة من الاغتيال على يد أحد الجنوبيين (ولكن من ناحية أخرى شجع على تلك الأسطورة التي جعلته مجسداً لكل الفضائل السياسية للشعب الأميركي).

وقد عانى لينكولن، سواء عندما كان محامياً، أم عندما أصبح رئيساً للولايات المتحدة، من أطوار اكتئابية متكررة (مثبتة من خلال الرسائل والجرائد في ذلك الوقت، والمذكرات، واتفاق الأصدقاء المقربين). والميلانخوليا كانت طبيعة سائدة، من دون سبب معقول. وبصورة إرجاعية، يتم الآن تفسير "حالات اليأس والإنهاك" لديه التي كانت تتبادل مع أطوار من القدرة المرتفعة على الإنجاز، على أنها شكل خفيف من المرض الهوسي الاكتئابي (الذهان الوجداني ثنائي القطب). إلا أن هذا الأمر لم يكن، في زمنه، موضوعاً للنقاش العلمي. فعلمياً، لم يتم إلا لاحقاً اعتباره كنتيجة لسقوط ترافق مع كسر في الجمجمة، وإصابة في الدماغ. وفي ذلك الوقت كانت المعارف حول الأساس البيوكيميائي لمثل هذه الأمراض ضئيلة بعد. إلا أن المهم من المنظور الوراثي كانت الإشارة إلى أن والد لينكولن، أيضاً، وصف بأنه كان في شبابه غير راض، ومتقلب المزاج، ثم يتحول فجأة إلى الحيرة والاندفاعية، مثل ابنه في العمر نفسه (حالات اكتئابية طفيفة، وفي النهاية شبه هوسي؟).

وقد تجلى هذا في وقت مبكر في مراسلاته. ففي عمر 29، وبعد موت حبه الأول غرق في اكتئاب شديد، وشرد غائباً في الحقول، وحول الأنهار، واضطر أصدقاؤه إلى مراقبته، واستبعاد كل ما يمكن أن يستخدم بالانتحار. وعلى الرغم من أنه يمكن أن نسمي ذلك

بالاكتئاب الارتكاسي (المثير معروف، .. موت حبيبته)، إلا أنه من الممكن أن يكون هناك إرهاق وراثي، واستعداد بيولوجي لاكتئاب داخلي المنشأ endogen Depression في "حالة انتظار"، كما هو الحال غالباً. على أية حال، فقد ظل لينكولن لفترة طويلة بعد فترة الحداد معكر المزاج، ومنخفض الإنجاز.

وأخيراً تزوج (طبيعة زوجته كانت معاكسة كلية لطبيعته)، إلا أنه انزلق في يوم العرس في اكتئاب شديد وصل إلى حد خطر الانتحار. وقد تكررت هذه الحالة مراراً، وإن ظل المرء يبحث دائماً عن أسباب جديدة (إنهاك، أنفلونزا.. إلخ). وكذلك لاحقاً عندما أصبح رئيساً دفع مستشاريه للارتباك بسبب نقص الحيوية، إلا أنه كانت هناك مراحل أيضاً كان فيها ودوداً، واجتماعياً، وسميراً، ويروي الطرائف والنكات ويضحك ويُضحك الآخرين. إلا أنه أحياناً كانت هذه الحالة تنقلب فجأة إلى تجهم وصمت وانغلاق. وفي النهاية، يقال أنه أحاطته نسمة من الميلانخوليا باستمرار، على الرغم من أنه قد تمت محاولة الحفاظ على ذلك بشكل سري.

وقد شخص الأطباء النفسيون الأميركيون – مع كل التحفظ، عندما يتعلق الأمر باستنتاجات رجعية عن الماضي، بوجود نقص في التوثيق، والتكتم السياسي الرسمي - وجود اكتئاب دوري شديد مع خطر الانتحار وهوس خفيف على الأقل. وربما تكون الأحداث السلبية قد أثارت هذا الأخير أحداثاً سلبية، حصلت للينكولن (خسر المعركة للفوز بمقعد سيناتور مهم، لكنه لم يكن يائساً بعد هذا، وإنما انقلب فجأة إلى شخص أكثر نشاطاً وأكثر إصراراً من السابق).

ويذهب الأطباء النفسانيون الأميركيون، بناء على الظروف الراهنة، وبشكل خاص في ما يتعلق بالتاريخ السياسي، والسيكوباثي، للسيناتور توماس إيغيلتون (أنظر هناك) من أن أبراهام لينكولن اليوم لم يكن ليتمكن من الوصول إلى مرشح للرئاسة. ولكن بما أنه يعد من كبار الرؤساء الأميركيين فإنه يعد من بين تلك الأمثلة التي يفترض لها أن تدفعنا للتأمل، فيما إذا كان ينبغي "استبعاد" أي واحد بتاريخ "مرضي" سابق من تولي منصب مسؤول، مهما كان هذا المنصب.

2 - تيودور روزفلت Theodor Roosevelt: تمتلك الولايات المتحدة الأميركية رئيسان مهمان من الناحية الطبية (اليوم أكثر بجورج بوش الابن "المترجم") يحملان الكنية نفسها، واللذان على عكس غالبية زملائهم في منصب الرئاسة دخلا التاريخ. الأول

هــو فــرانـكلين ديلانــو روزفلــت Franklin Delano Roosevelt (1882 - 1945)، والآخـر تيودور روزفلت Theodor Roosevelt (1858 ـ 1919)، وهـذا الأخير مهم جداً من الناحية النفسية.

أطلقت عليه في السيرة الذاتية السياسية أكثر رؤساء أميركا شعبية. ويرجع حبه الكبير في عصره كقائد لفوج من المتطوعين في الحرب الأسبانية الأميركية 1898. فبعد قتل سابقه تولى الجمهوري المحافظ منصب الرئاسة. وكافح في السياسة الداخلية بشكل خاص ضد فساد التكتلات، وحقوق امتيازات شق قناة بنما. وفي آسيا، مارس سياسة "الباب المفتوح" الإمبريالية، وأرسل الأسطول الأميركي إلى كافة بقاع الأرض من أجل استعراض القوة الأميركية. وفي أثناء الحرب العالمية الأولى بدأ (في بعض الأحيان كشخص غير رسمي!) بتشكيل مجموعات متطوعين من جديد للقتال ضد ألمانيا، إلى أن امتنع الرئيس الأميركي ويلسون عن إعطائه الموافقة. وعلى العكس تم منح روزفلت لوساطته في اتفاق السلم الروسي الياباني عام 1905 جائزة نوبل للسلام.

هذه باختصار سيرته الذاتية المحترمة، ولكن ما هي ملاحظات الأطباء النفسانيين؟

بالفعل، فقد اعتبر رئيساً موهوباً بشكل غير عادي. وعلى عكس لينكولن كان مزاج روزفلت منشرحاً. وكانت الحياة تعني له كفاحاً دائماً. كان نشيطاً بشكل لا يعرف الكلل والملل. كانت شخصيته الجارفة (بالمعنى الحرفي للكلمة) تختلف عن كل الرؤساء السابقين في البيت الأبيض. إذ لم يحظَ أحد بإعجاب كبير مثله (وهو ما تمكن منه لاحقاً جون كينيدي).

فقد كان في عيون معاصريه تيدي روزفلت Teddy Roosevelt كأهم رجل في عصره. وانعكس حبه الواضح للحياة في مزاجه التفاؤلي المرتفع في النهاية على كل الأمة. وقدرته غير العادية على الإنجاز، واستعداده الدائم للانشغال، والتفكير بمشاريع جديدة اكتسحت معها الملايين. فمن خلال مجرد وجوده كان ينشر حسب أقوال محيطه شعوراً عارماً لحب الحياة، والطاقة، ويشيع جواً من السعادة الكبيرة (وهي سمة مميزة للمزاج الهوسي؟).

وكان نشيطاً منذ أن كان يافعاً، وعلى الرغم من صحته الضعيفة، كان نضجه مبكراً. في سن الطفولة لفت النظر إلى أطوار من المزاج المرتفع من خلال القدرة المرتفعة على الحديث، وهو ما استمر طوال حياته حتى أنها كان تشتد في بعض الأحيان. وعلى الرغم من صحته الضعيفة (أو ربما بسبب صحته الضعيفة) تدرب بكثرة إلى أن وصل في شبابه للكسب

في القفز العالي، والوثب بالزانة، وأصبح ملاكماً جيداً. وقد سارت دراسته بصورة غير ملفتة للنظر، إلا أنه لم يستطع التلاؤم بشكل جيد مع "الأسلوب الهارفاردي الراقي" لجامعته، فقد كان يتكلم هناك كثيراً، واعتبر عصبياً ومتقلباً، ولهذا أصبح غير محبوب باطراد، وكان نوعاً من المسخ للجميع. وبهذا فلم يكن له الكثير من الأصدقاء، ويقال أنه كان في بعض الأحيان يكتئب من هذا. وعلى الرغم من أنه اعتبر صالحاً على أساس من أدائه في الامتحانات، إلا أنه بالكاد يمكن أن يكون شخصية قيادية.

تزوج روزفلت من فتاة هادئة، عندما غادر هارفارد. وكان تأثيرها عليه معتدلاً، وماتت بعد أربعة سنوات بعد ولادة إحدى بناته. وبعد سنتين تزوج للمرة الثانية وأنجب خمسة أولاد.

ومنذ وقت مبكر، انزلق في سمعة السياسي الشاب المتوتر، وغير الصبور. وقد عرض هذا سيرته للخطر، إلا أنه على الرغم من ذلك صعد شيئاً فشيئاً، وأخيراً أصبح حاكماً governor. وقد عمل كثيراً، بل أكثر من الكثير، وتحدث كذلك بالدرجة نفسها. وفي أثناء هذه السنوات، مر أحياناً بأطوار اكتئابية بسيطة، وأطوار من المزاج المرتفع بشكل طفيف، ولكن هذا لم يعقه عن ترقيه. وإلى جانب ذلك، كانت له اهتمامات كثيرة متعدد، التي جرى وراءها بنهم لا ينتهي للمعرفة و الخبرة. ونادراً ما كان غير نشيط عقلياً، أو جسدياً. وفي الهيئات المطابقة خصص قدرته غير العادية على الإنجاز لمكافحة الفساد ونجح في ذلك، وأخيراً انتخب رئيساً لشرطة مدينة نيويورك، وهو ما قاد إلى أعمال شغب كبيرة، إلا أن هذا جعله أكثر شهرة (وبشكل خاص من خلال جولاته الليلية للحفاظ على الأمن والنظام). فهو لم يكن بحاجة كبيرة للنوم، إذ كان يعود لحيويته الكاملة بعد استلقاء بسيط على الأريكة (وهو أمر مميز لظاهرة الهوس).

ولكنه ظل من دون أصدقاء تقريباً كما في السابق، وهو ما كان يضايقه. وقد نصح بالتقليل من الكلام، بشكل خاص أمام الملأ، إلا أنه لم يتمكن من هذا. وفي الحرب الإسبانية الأميركية شارك برتبة عقيد (كولونيل) في سلاح الفرسان، وكان يكاد لايستطيع الانتظار للدخول في الحرب، واشتهر في النهاية من خلال نصره العارم وأصبح مهيب الجانب، ومحترماً ومكرماً. وقد تمكن بشكل خاص من تحريض "رجاله" على القيام بأفعال لايمكن تصورها (وهو ما قاد في كل الأحوال إلى كثرة عدد الخسائر في مجموعته، ولكن هذا لم يزعجه).

في عام 1899 أصبح حاكماً لمدينة نيويورك، وازداد معه ضغط العمل أكثر من ذي قبل. ومن أجل التخلص منه، عرض عليه منصب نائب الرئيس (على أمل أنه لن ينجح ومن ثم "سيموت سياسياً")، وهو ما لم يأخذ منه حماسه بل على العكس.

وعندما تم اغتيال الرئيس الأميركي، حل محله، وأصبح بعمر 43 سنة أصغر رئيس في هذا المنصب.

وهنا بدأ الأمر بشكل صحيح: فقد أطلق عليه معارضوه تسمية "المجنون" وكتب أحد أشهر نقاده: "ليس هناك أخطر من السلطة التي تمارس من طاقة غير طبيعية". وبالفعل، فقد خشي حتى مؤيدوه وأصدقاؤه السياسيين بأن طاقته الصراعية قد ارتفعت إلى المستوى غير الطبيعي. فقد أغرق صعوده إلى مركز الرئاسة عدداً ليس بالقليل بالقلق، حيث كان يخشى من أن تتأثر قراراته بمزاجه.

إلا أن طبيعته كانت ساحرة بالنسبة للغالبية، بحيث أنهم أصبحوا أكثر اهتماماً بشخصه منهم بخطبه وأفعاله. وبشكل خاص، كان على استعداد دائم بلا توقف، إلى درجة أنه كان ينتظر الجميع انهياره، والذي لم يحدث رسمياً أبداً. فقد كان اندفاعياً، وغير سياسي، وغالباً ما أسفر مزاجه العالي عن نوبات غضب، حيث لم يعد حينها قادراً على التفكير السليم، وتورط في تناقضات، ولم يقدم مظهراً جيداً في مثل هذه النوبات من الغضب (من نحو عمليات قذف وتجريح حاول من خلالها دب الخوف في محرري الصحف، والقضاء، وهو ما لم يحقق النجاح بفضل الديموقراطية الأميركية الراسخة).

وهكذا تحول البيت الأبيض، أحياناً، إلى "مرجل شعوذة حقيقي"، حيث كان يفضل الاعتماد "على الرجل البسيط من الشارع" أكثر من الوزير، أو السيناتور، أو أعضاء الكونغرس، والخبراء. وإلى جانب ذلك، ظل لديه الوقت لقضاء وقت الفراغ والرياضة (وخصوصاً الخيل والمصارعة!) والأدب، ومآدب العمل الطويلة، التي سيطر عليها كلية من نقطة أو فاصلة. وكان يعترف له بأنه حتى المتخصصين في ميدانهم كانوا يندهشون من سعة اطلاعه. وقد امتد هذا إلى درجة أنه قد تم وصفه بأنه إلى جانب شلالات نياغارا يمثل ثاني أعظم عجائب الطبيعة في الولايات المتحدة الأميركية.

وما كان يميز نشاطه الضخم أيضاً هو عدد الرسائل التي يقال أنه كتبها: فقد بلغ عددها حوالي 150000 (مائة وخمسون ألف) رسالة (ما تبقى منها ثلثي هذا العدد). أما مخطوطاته المكونة من إصدارات، ومقالات، وخطب، وبحوث، فقد بلغت 20 جزءاً.

وبعد أن سلم منصب الرئاسة بالتداول النظامي بأسف شديد ("أحب منصبي")، حاول توجيه طاقته الهائلة إلى أقنية أخرى، من نحو إنجازات جسدية غير عادية، ورحلات خطيرة، على سبيل المثال (وقد كان في ذلك الوقت زائد الوزن، وفاقداً للبصر في إحدى عينيه). وعلى الرغم من إنه قد جعل نفسه في ذلك الوقت لا يطاق في بعض الأحيان ("لقد أعطيت البابا والقيصر الألماني دروساً إضافية مساعدة في الأخلاق أو الإيتيكيت")، إلا أنه ظل يعد في الولايات المتحدة الأميركية المواطن الأول. وحاول الوصول ثانية للبيت الأبيض، ولكن بلا طائل. وتوفي في عمر 62 سنة.

وقد حاول الأطباء النفسانيون، والمتخصصون ذوو التوجه التحليلي النفسي، في دراساتهم للسيرة المرضية وضع تفسيرات سيكودينامية متنوعة، إلا أن الأطباء النفسانيين يشيرون إلى أن تيودور روزفلت يعد بالنسبة لهم واحداً من المرضى الهوسيين الاكتئابيين التقليديين، مع العلم أنه على ما يبدو حظي بنعمة أطوار قصيرة، أو خفيفة، من الاكتئاب، فيما عدا ذلك نوبات طويلة من الهوس، أو على أطوار خفيفة من الهوس. يضاف إلى ذلك بنية شخصية مفرطة المزاج على ما يبدو، وهو ما حافظ "بشكل مخفف" على نوع من الاستمرارية الهوسية الخفيفة.

ولم تتعرض الولايات المتحدة الأميركية خلال فترة ولايته إلى أضرار جدية، بل إن الجمهور العريض كان متحمساً. أما التحفظات، فقد أتت من أولئك الذين كانوا مستبصرين، سواء سياسياً، أم طبياً – نفسياً، لما كان يحدث هنا. ومحاولة روزفلت لوضع قدمه في مكان ما بعد نهاية رئاسته أخفقت كذلك (من نحو رئيس لجامعة هارفارد على سبيل المثال)؛ فلمُ يرد المرء المخاطرة (ثانية) وكان يخشى من مغامرات **escapade** لايمكن تصحيحها.

ومع ذلك يظل روزفلت من الناحية المرضية الممثل الأهم، والأكثر إثارة، للمرض الهوسي الاكتئابي في أعلى منصب حكومي لبلد في العصر الحديث. أما اليوم، فيرى الأطباء أن مثل هذه السيرة السياسية لم تعد ممكنة "لتيدي" روزفلت **Teddy Roosevelt** كما برهنته قصة السيناتور الأميركي توماس إيغيلتون كمرشح لمنصب نائب الرئيس بعد نصف قرن لاحق.

3 - ونستون تشرشل **Winston S. Churchill**: حول السير ونستون تشرشل (1874 - 1966) لا يوجد الكثير حتى بعد وفاته بخمسة عقود تقريباً، إذ أن هذه الشخصية الساحرة ما زالت بالنسبة لبريطانيا والعالم رمزاً، وذلك على عدة مستويات. فالسيرة السياسية الخارقة لتشرشل، القادم من أسرة دوق مالبورغ، بدأها في سنوات الشباب

المبكر كوزير للبحرية (تحديث الأسطول) وكانت كذلك قد انتهت بهذا، ظاهرياً، وهو ما تكرر لاحقاً مرتين. إلا أنه، أخيراً، أصبح وزيراً للحربية بعد أن بدل الحزب قبل ذلك، وبعد انطفاء سياسي جديد تحول إلى أحد أهم الأدباء في بلده (وبشكل خاص منشورات تاريخية وسياسية). وبعد انفجار الحرب العالمية الثانية، عاد ليصبح وزيراً للبحرية، ثم للدفاع، وأخيراً رئيساً للوزراء.

وفي أثناء هذا الوقت العصيب، كان من ألد أعداء هتلر ("دم، وتعب ودموع وعرق") وبشكل خاص، رمز إرادة الصمود (علامة النصر). وعلى الرغم من أنه قد تعرف بعد نهاية الحرب على الأطماع التوسعية للاتحاد السوفياتي، إلا أنه لم يتمكن من إثبات نفسه في المؤتمرات المطابقة في يالطة وبوتسدام مقابل جوزيف ستالين، وفرانكلين ديلانو روزفلت **Franklin Delano Roosevelt**، حيث كان في هذا الوقت قد خسر الانتخابات في بلده، ولم يعد رئيساً للوزراء. إلا أنه عاد للمرة الثالثة، وأصبح في عام **1951** رئيساً للوزراء مرة أخرى - إنها سيرة لا مثيل لها.

وقد يفاجئنا أن نسمع أن هذا الإنسان الديناميكي، والناجح، لم يكن معافى نفسياً (كما نعرف بشكل خاص من ابنه الوحيد راندولف تشرشل، الذي كان فاشلاً تعيساً، ومدمناً على الكحول، وربما يكون بناء على الأرضية النفسية نفسها، أي المرض الهوسي الاكتئابي).

كان أجداد تشرشل من ناحية الأم والأب شخصيات قوية ذوي سيرة مثيرة للاهتمام (عسكرياً وسياسياً واقتصادياً). إلا أنه كان يفتقد في البداية إلى الاستعدادات الواعدة، ولكنه كان يشق طريقه من خلال طموح جامح. لهذا تم إبعاده في وقت مبكر للجيش. وكشاب حارب في الهند، و مصر، وكتب حولها كتاباً رائعاً في كل مرة، وبعد ذلك شارك كمراسل حربي في جنوب أفريقيا، وتم أسره ثم تمكن من الهرب (وكتب كتاباً آخر إلا أنه لم يكن فيه أميناً للحقيقة في أفعاله، "وإلا لما قرأه أحد"). بعد ذلك، أصبح سياسياً بسيرة صامتة: تحت وكيل الوزارة في وزارة المستعمرات، ورئيس دائرة التجارة، ووزير الداخلية، واللورد الأول للأدميرالية، ووزير التسليح، ووزير الحربية والطيران، وسكرتير دولة للمستعمرات، ومستشار المالية، وأخيراً رئيساً للوزراء ثلاث مرات.

كانت ثقته بنفسه لا تهتز. ودائماً كانت تخدمه موهبته في الكلمة والكتابة (لقد أحب الأدب، وخطبه التي لا تحصى ومقالاته كانت متدفقة). بالإضافة إلى ذلك لم يتمكن من

الدخول في الموضوع كلية فحسب، وإنما كان ينهيه أيضاً ("تنهيه اليوم"). وقد كان هذا حاسماً، وبشكل خاص في أوقات الأزمة، أي في الحرب العالمية الثانية، وفي بداية الوضع الذي بدا بلا أمل.

إلا أن قابليته للاستثارة، وعدم مبالاته، وقسوته، كانت جارحة. وحيرت حيويته المنشرحة الكثيرين من معاصريه. إلا أنهم كانوا يواسون أنفسهم بأن شخصاً بهذه الحيوية الحياتية لن يطول به المطاف لينتهي – إلا أن هذا كان وهماً. فقد ظل نشيطاً حتى سنوات العمر المتقدمة. وهنا لم يكن يراعي الآخرين، ولاحتى نفسه.

إلا أن الأمر أصبح إشكالياً عندما فقد القدرة على الحكم والاستبصار بسبب أطوار الطاقة الفوضوية لديه. وعندما كان يدفع الآخرين إلى حافة الانهيار، أو حتى التشتت، بسبب طبيعته الجامحة. لقد كان من حوله يقدر طاقته، ولكنهم كانوا يتمنون المزيد من التبصر ("غني بالخواطر الجديدة والمثمرة، ولكن من دون الحذر اللازم"). م

وبالفعل لم ينظر لتشرشل بأنه موهوب فحسب، وإنما حاد الطبع، واندفاعي، ومتطاولاً، ولديه نزوع للسيطرة. وكانت هناك مراحل تحدث فيها بلا انقطاع بكل شيء يخطر على باله. كما حاول مراراً فعل ومراقبة وإنهاء أشياء متعددة مع بعضها. لم يكن يكفيه منصب وحيد.

وفي المجتمع، كان دائماً في مركز الصدارة. كانت له خواطر كثيرة، قدم مذكرات أكثر من أي عضو آخر في هيئة الأركان، أو الحكومة. لهذا كان يسمى "حيوان العجائب، الذي يفعل 100 شيء دفعة واحدة". وفي بعض الأحيان اعتبر "مجنوناً" ("هتلر البريطاني"). إلا أن إنجازه غير الطبيعي طغى على كل شيء، ليل نهار. ساعدته في ذلك قدرة واسعة كبيرة على الاسترخاء لفترة قصيرة لا تصدق (انجز جزءاً كبيراً من واجباته الكتابية ومطالعاته في السرير).

إلا أنه كان معرضاً، أيضاً، لأطوار غريبة من الانسحاب، التي تعرف اليوم بالاكتئاب العميق. وبالفعل فقد كان عليه أن يصارع طوال حياته ضد "نوبات شديدة من الميلانخوليا" التي وصفها بنفسه على النحو التالي:

"عندما كنت شاباً، كان كل شيء حولي مكفهراً لسنتين أو ثلاثة؛ لم أكد أستطيع العمل، وعلى الرغم من أني شاركت في جلسات المجلس، إلا أني شعرت باكتئاب أسود. ساعدتني الأحاديث مع (س.). لا أحب الوقوف على حافة سكة القطار، عندما يمر قطار

سريع. أفضل الحفاظ على مسافة بيني وبين القطار. كما أني لا أحب الوقوف على سور مركب ما والنظر للماء. في مثل هذه اللحظات لا أحب الظهور في المجتمع".

وبالفعل، فقد عرف ذلك بعض المحيطين به. وفي الثلث الأخير من حياته بدا غير مهتم كثيراً بإخفاء حالاته الاكتئابية، ولم يعد يبدي الاهتمام بالحياة. فلم يعد يقرأ، وتكلم القليل فقط، وكان يجلس لساعات طويلة في حالة تطلق عليها اليوم تسمية الذهول الاكتئابي الشديد (كبح نفسي - جسدي). وعلى الرغم من خطب المدح، والأوسمة، والتكريمات فقد ساد في قلبه وأعماقه الداخلية فراغ لم يتمكن من سده أي نجاح، وأي مجد (كتبت ابنته سارة).

وقبل وفاته عبر تشرشل عن الثمن الميلانخولي لحياته على النحو التالي: "حققت الكثير، ولكني في النهاية لم أحقق شيئاً".

وما حير الناس في ذلك الوقت يمكن تفسيره اليوم بشكل جيد من خلال "السيرة المرضية الاسترجاعية"، أي من خلال قصة المرض: من ناحية خشن، ومتطاول، وبطاقة غير عادية لا تنضب على ما يبدو (الطور الهوسي)، بعدئذ وقور من جديد، ولا لوم عليه، كما بدا، ولكنه كان في الواقع خالياً، وتعباً، ومحترقاً، ويائساً،

وكئيباً (الطور الاكتئابي). وأحياناً بدا أنه يسيطر بشكل جيد على طوره الهوسي، وبشكل خاص مع التقدم في العمر، إلا أنه في أحيان أخرى ينفجر عنفه بشكل بركاني **eruptive**.

إلا أن أطواره الهوسية، حيويته غير المنقطعة، تحولت إلى أسطورة. وقد فسر المحللون النفسانيون من المدرسة القديمة هذا منذ وقت مبكر على أنه عصاب نفسي. إلا أنه المرء اليوم يرى أن هذا المرض أقرب للبيولوجي، وأطلقوا عليه المرض الهوسي الاكتئابي، أو الذهان الوجداني ثنائي القطب **Bipolar affective Psychoses**. وبالطبع يحتاج الإنسان في مثل هذا الاستنزاف لموارده، أو احتياطاته، الصحة المتاحة للقليلين فقط. وهذا ما اتضح في سنواته الأخيرة من العمر: ففي سن الثمانين، عانى من ذبحة قلبية، وثلاثة التهابات في الرئتين، وسكتتين دماغيتين، مع العلم أنه كان مرهقاً في الماضي بتضررات جسدية. ومع ذلك فقد وصل لعمر متقدم بلغ **90** ومازال حتى اليوم يعد ظاهرة سياسية وأدبية، وبشكل خاص إنسانية، قلما يوجد مثيلها على هذه الأرض. وخصوصاً كمثال على أن الإنسان على الرغم من

المزاج الهوسي المرتفع والتجهم الاكتئابي لا يصل إلى الشيخوخة المتقدمة فحسب، وإنما يستطيع تحقيق الكثير.

4 - نابليون Napoleon: نابليون الأول (1769 -1821): المولود في كورسيكا، والمعروف بنابليون بونابرت Napoleone Buonaparte. تمت تنشئته في المدرسة العسكرية إلى ضابط مدفعية، انضم بعد انكسار الحركة الكورسيكية الانفصالية (الهرب إلى البر الفرنسي) إلى الحزب الحاكم، وتم تسريحه من الجيش بعد سقوط الديكتاتور الثوري روبيسبيير Ropespierre، وكلف بعد ذلك مع قمع التمرد الملكي، بقيادة الجيش الفرنسي الإيطالي، ومن ثم أصبح أحد أصغر الجنرالات. وبدأ سياسته القديرة (اتفاقيات سلام) ولم يكن يقف أمام صعوده إلى السلطة أي شيء. بداية قائد جيش بريطانيا الفرنسي، وأخيراً قائد جيش مصر الفرنسي (بدون نجاح في كليهما)، بعدئذ سقطت حكومة المديرين Directorium (التي كانت في ذلك الوقت أعلى سلطة سياسية في فرنسا)، وضع دستور القناصل (حيث كان واحداً من أصل ثلاثة من القادة السياسيين)، التنظيم العبقري لنظام سلطة وإدارة مركزي، اتفاقية مع البابا concordat، في البداية سياسة السلم، بعدئذ قنصل مدى الحياة، وأخيراً منصباً لنفسه وريثاً "لقيصر فرنسا"، مباركة من الباب (التابع سياسياً ومالياً).

تزوج من جوزفين Josephine de Beauharnais (وهذا يعد كضابط شاب صعود اجتماعي)، تعيين أقاربه (أخوه وصهره) أمراء وملوك في المناطق التابعة، بناء نخبة من حاملي المراتب العليا والمارشالات (أشراف نابليون الجدد). تشجيع الفن الكلاسيكي العظيم (أسلوب إمبراطوري)، ولكن من المنظور الفكري رقابة قامعة (وزارة الشرطة). وأخيراً حرب مع بريطانيا العظمى وعدة حروب قارية (ضد النمسا، وبروسيا و روسيا)، والطلاق لأسباب سياسية، والزواج من ابنة القيصر النمساوي ماري لويز Marie-Louise (ابنة، دوق رايششتادت)، حصار ضد بريطانيا (هزيمة اقتصادية لكل المعنيين)، قرارات سياسية خطأ، وأخيراً الاعتداء على روسيا، وبهذا التحول السياسي العسكري من خلال حروب الحرية. 1814 التنازل عن العرش، والإقامة في جزيرة إلبا (كحاكم مع لقب قيصر)، عودة استبدادية لفرنسا (وصول مفاجئ، السيطرة لمدة 100 يوم)، وأخيراً، هزيمة نكراء في واترلو، ونفي مؤبد على جزيرة سانت هيلينا البريطانية. وبعد عقود ثلاثة من موته نقل احتفالي لبقايا جثمانه إلى باريس.

خلاصة: قائد عبقري، حاجة لا حدود لها للسلطة، نزعة قيادية مستبدة، قرارات مهمة بعيدة المدى، قانونية وسياسية، وحتى عسكرية، ولكن أيضاً الكثير من المعاناة والدم والانقلابات السياسية والثقافية. بعد موته بشكل خاص بناء "الأسطورة النابليونية" ("حرية الشعوب")، وهو ما لم يكن بالأصل الدافع الأهم للسلطة الذي كان يحركه.

لاتوجد شخصية تاريخية استثارت الكثير من النقاشات المتناقضة مثل نابليون بونابرت. وهذا ينطبق أيضاً على الأطباء النفسانيين، وعلماء النفس المهتمين بالسيرة المرضية.

فحتى الشروط الوراثية توحي بحياة غنية. فقد كان الأب الذي يعتبر حالة "حدودية اجتماعية" ذو طموح عالٍ، وتوتر عصابي شديد الدرجة، ونشاط لا يكل ولا يمل، ومرن عقلياً، رأسه مليء دائماً بالمشاريع (أو بشكل أدق بالأوهام)، مبالغ في الوعود، عديم الضمير، أناني. أما الأم، في المقابل، فقد كانت جدية، مثابرة، مستقرة، صارمة، وصاحية عملياً، وملتزمة أخلاقياً، وإن كانت أيضاً خوافة، غير واثقة. وقد كان العدد، عملياً، كل الأخوة، والعدد الأكبر من الأقارب من الدرجة الأولى ملفتين للنظر نفسياً بطريقة من الطرق. وحتى حجم نابليون (طوله يكاد لا يصل أكثر من 150 سم) وشذوذات جسدية أخرى (عدم اتساق الوجه على سبيل المثال) تجعلنا نخمن وجود قوى تعويضية مفرطة في وقت مبكر. يضاف إلى ذلك فرط حساسية إعاشية: صحة متعلقة بالطقس، ارتعاش عضلات (عرة)، صداع متكرر، تشنجات نفسية المنشأ (؟). حتى أنه كان ملفتاً للنظر عندما كان تلميذاً، ولاحقاً ظاهرة الطبيعة Temperament التي لا يمكن الاستبصار بها، أو اختراقها. أبناء كلاهما كانا ملفتان للنظر (فاشلان كلية).

ولن نناقش هنا سمات نابليون الشخصية الإيجابية بتفصيل، فهي ليست موضع خلاف، وإلا كيف يمكن تفسير تمكن هذا الإنسان من تحقيق إنجازات سياسية وعسكرية بهذا الشكل (وكل هذا لبلد لم يكن بلده: لم يشعر نابليون أنه كورسيكي، ولكنه لم يشعر أنه فرنسي أيضاً). ومع ذلك سنقدم بعض الخصائص الإيجابية باختصار:

- السمات الإيجابية:

كان يستطيع أن يظهر الحب والاهتمام بأشخاص معينين، وبشكل خاص لأمه، ولمرضعته، ولكنه كان الراعي لكل أفراد الأسرة (حتى وإن كان الأمر غير صحيح سياسياً، وله سلبيات واضحة بسبب طبيعتهم المشكلة)، صاح، يقظ، عملي، استراتيجي، مفكر، حازم ومثابر، وحساس، وذو خيال واسع، عاطفي ولديه طاقة عمل لا تنضب، قدرة

حادة على الحكم، ذكاء مرتفع وموهبة تنظيم عسكرية بارعة. بالإضافة إلى ذلك حام، حازم في اتخاذ القرارات، قدرة عالية على التوكيد، معلم في التكتيك، سواء في الصالونات السياسية، أم في المعارك، خيال خلاق، نظرة بعيدة، "رجل أفعال"، مرح، ذو رؤية، وصفات أخرى كثيرة.

مع ذلك، فإن السمات النفسية والاجتماعية النفسية، وحتى الجسدية السلبية التي تعزى لنابليون كثيرة أيضاً. وهذه بعضها:

- السمات السلبية:

في طفولته وشبابه، كان يعد "متوحشاً شرير"، منافقاً، "معلماً في الكذب"، عديم الضمير، منغلقاً، خارجاً عن المألوف قليلاً eccentric، خرافياً، لخمة، غير واثق، عصبياً، بارداً، فظاً، قاسياً حتى العنف، لا يراعي الآخرين، ضد الضعفاء بشكل خاص، ميلانخولياً، هياباً، مكفهراً، وتعتريه نوبات غضب وجنون حتى الإقياء والارتجاف (قرين "الرعب الكامن").

لاحقاً، وعندما أصبح جنرالاً، وقائداً للدولة، وقيصراً تغيرت المفاهيم، ولكن ظلت الخلفية المريكة نفسها: نهم شديد للسلطة، أنانية لا ترحم، عنيف، قاس، مندفع (مع وجود إشاعات متداولة مريبة حول علاقات شهوانية وجنسية بكلا الأخوين من الجنسين، وبالنساء عموماً، وزوجته بشكل خاص). يضاف إلى ذلك عصبية وتوتر مستمرين، وحساسية ذهنية، وصولاً إلى البكاء (من نحو عندما قرأ كتاب "Werther" لغوته على سبيل المثال؛ واللقاء المشهور بين نابليون وغوته في مدينة إيرفورت بدأ بهذا الموضوع.. واعتقادات خرافية،

وصولاً إلى التصرفات الخرافية القهرية، ونوبات غضب غير معقولة، حتى في مشاهد مخجلة (ضرب، صفع، رفس) وصولاً إلى غضب تدميري لا حدود له (أثاث، أعمال أدبية، الأطفال، الحيوانات)، تمرغ على الأرض من الغضب، يرهب الجميع ("القيصر مجنون كلية"). وفي المواقف الحرجة ليس الرجل الخارق الذي يعرضه التاريخ، وإنما خواف، تخلى عن الجميع (روسيا، واترلو). وفي إطار قدرته المذهلة على الحكم، والعمل، وعدم مراعاته للآخرين. كذلك هو ممثل كبير، وبشكل خاص معلم في استغلال الناس ("لست شخصاً مثل أي إنسان آخر، ولا يمكنني التفكير بالقوانين الأخلاقية والأصول").

غير أن هذه جميعها عبارة عن سمات طبع، سمات للشخصية، حتى وإن تجاوزت الحد المقبول. أما التشخيص من هذا المنظور فيمكن أن يكون: عصاب، اضطرابات في الشخصية

(سيكوباثيا) وغيرها. ومن المؤكد أن لهذا عواقب في التعامل مع الشريك والأسرة ومحيط الأصدقاء، ولكن بشكل خاص في الحياة اليومية المهنية كسياسي ودبلوماسي وعسكري، وكما هو الحال في حالة نابليون كمشرع وسلطة راسمة للثقافة والاقتصاد.. إلخ. إلا أنه ليس بالضرورة أن يكون لذلك أهمية مرضية نفسية بالمعنى الحرفي. وحتى هنا يقدم نابليون الدافع للمناقشات العلمية المتعارضة. فبماذا يتعلق الأمر؟

- المظاهر الطبية النفسية والنفسية العصبية:

هنا يوجد مرضان عصبيان بشكل خاص، مع نتائج اجتماعية نفسية. وهنا تتم مناقشة وجود صرع Epilepsy وخدار narcolepsy (نوم مرضي عميق وقصير) لدى نابليون. ويبدو أن الخدار الغريب قد كان أقل، فهو يتألف من عدة مركبات مرضية لا تنطبق على نابليون.

والأمر يختلف في مسألة الصرع، إذ هناك بعض الدلائل المهمة تؤيد ذلك، فقد عانى بشكل متكرر من فقدان لحظي للوعي، وعنف بلا مبرر، وتشنجات، وإغماء تالٍ. كما تم على الأقل وصف نوبتين صرعيتين كبريين (النوبة الكبرى Grand mal)، وذلك في موقفين غير ملائمين، في معركة آسبرن Aspern وفي ساكسونيا Sachsen على سبيل المثال. وبما أنه لم يكن يوجد اتساق وجهي لدى نابليون فقط، وإنما اتساع رأسي، أو تمدد رأسي، وهو ما يخمن بوجود استسقاء دماغي hydrocephalus، فإنه لا يمكن استبعاد السبب الجسدي كلية. وقد اهتم الأطباء النفسيون العسكريون بهذه الظاهرة بشكل خاص. فقد كتبوا (مقتبس عن Brickenstein,1980): لا يوجد هناك أي شك بأن نابليون قد تأثر في قراراته بشكل مضاعف من خلال اضطرابات نوبية شديدة في الصحة.. و أحياناً كان يغرق في أثناء نشاطه الذهني المكثف في نوم عميق، أو في حالة من الغياب الذهني يخرج فيها كل شيء حوله عن وعيه.. وبعد الانفجارات النوبية، كان يعاني دائماً من صداع شديد، وانحطاط وتعب. والناس الذين يعانون من حالات مشابهة غالباً ما يتصفون بشدة الحساسية بشكل ملفت للنظر ضد بعض الانطباعات الحسية. وقد انطبق هذا على نابليون أيضاً.. ففي عام 1809 بدأ يلاحَظ وجود انكسار واضح في حيويته، وإرادته، وقدرته على اتخاذ القرار، وتصرفاته السريعة. ففي معركة آسبرن Aspern (أيار/مايو1809) ظهر للمرة الأولى أن نشاطه ليس كما كان في الماضي. واستغرب أعداؤه أن القيصر بعد انتصاره الباهر لم يلاحق النمساويين و يبيدهم. وفي ذلك الوقت ظهرت حالات نوم غريبة أيضاً. فقد نام 23 ساعة. وتكررت هذه الحالات من النوم في معركة فاغرام Wagram(تموز/يوليو 1809). ففي وسط أتون المعركة

استلقى نابليون ونام 20 دقيقة كالميت. هل كان مجرد تعب بالفعل، كما يعتقد البعض؟ ومرة أخرى تخلى عن ملاحقة العدو المهزوم، بحيث أنه لم يتم تتويج النصر التكتيكي، بإبادة الخصم.. وحتى قبل بدء معركة أوسترليتس **Austerlitz** مباشرة نام بعمق إلى درجة لم يتم التمكن فيها من إيقاظه إلا بصعوبة.. وقبل الحرب الروسية بقليل استمرت حالات الإنهاك لديه أحياناً لساعات طويلة. بعدئذ هب فجأة صارخاً: "من يناجيني؟"، تجول مضطرباً في الغرفة وهمهم: "لا، ما زال الوقت مبكراً".

لاحقاً، أضيف إلى هذه الحالات الغريبة القرحة المعدية مع ألم وتشنجات، مما قلل أكثر من مرونته المعروفة في الأوامر، وعمل ذلك على ما يبدو على زيادة التباطؤ، وخيم العواقب.. فقد تكرر ظهور تلك الحالات من اضطرابات الوعي المبهمة التي فسرها أعداؤه على أنها "نوام غير معقول" في المواقف الحاسمة. كذلك اتسمت معركته الأخيرة في واترلو **lethargy** بالقرارات الخطأ غير المفهومة، حيث استطاع البريطانيون وحلفاؤهم الذين كادوا يهزمون تقريباً الحصول على الدعم البروسي، وانتصروا على الفرنسيين بشكل قاطع.. ففي قمة المعركة غرق نابليون ثانية في "نوم سباتي"، وعندما صحا، كان قد ضاع كل شيء.

وكما أشرنا، فإن العلم غير متفق، فلو كانت تلك نوبات صرع (وهنا لكان نابليون في صحبة أنيسة، إذ أن يوليوس قيصر، وهو واحد من مثله العليا كان يعاني على ما يبدو من الصرع)، فإن السؤال الذي يطرح نفسه، أي نوع من الصرع؟ ومثل هذا الأمر صعب استنتاجه استرجاعياً، وبشكل خاص بالنظر للوصف غير التخصصي بالطبع في ذلك الوقت. أم أنه كان مجرد "طبع صرعي **epileptically Character**"، كما كان يخمن في الماضي؟ أم كان مجرد شخص حامي الطبع غضوب، مع كثير من الذكاء؟ أم ما يسمى بالمكافئ الصرعي **epileptically Equivalent**، وهو ما يمكن له أن يفسر حالات النوم العميقة الحاصلة لديه أحياناً، ومن ثم كذلك بعض السمات في طبعه؟ كما أن المرء كان يتحدث في الماضي عن السيكوباثيا الصرعية – الوجدانية **Affect-epileptically Psychopathia** والمظاهر الشبيهة بالصرع، والاستعداد الهستيري، عن حالات غشوة وتشنجات وغيبوبة (تعكر الوعي قصير الأمد أو تضيقه) من خلال تنظيم الانفعالات.. إلخ. بالإضافة إلى ذلك تمت الإشارة إلى مرض بالغدة الدرقية، أو اضطراب وظيفي في الغدة النخامية **hypophysis** (قصر القامة، غياب الثلث الخارجي للحاجبين، والسمنة لاحقاً واللامبالاة **Apathia**).

إلا أنه في النهاية على العلم أن يعترف بأن نابليون يظل ظاهرة غير مفسرة من المنظور الطبي العضوي والنفسي. وعلى ما يبدو هناك العديد من التأثيرات التي تجمعت في بنية شخصيته غيرت أوروبا والعالم – هذا على الأقل ما هو متفق عليه. إلا أنه هنا يتضح شيء واحد: لو كان الأمر تحت وجهات النظر هذه يتعلق "برجل الشارع العادي"، فإنه لا بد وأن يحدث هنا اضطرابات كفاية turbulence. فإذا ما تعلق الأمر بسياسي في موقع القيادة، أو بقيصر في حكم استبدادي، وقائد عسكري بارز، فإن الضعف النفسي والجسدي، أو كليهما، يحملان هنا خصوصية بارزة brisance.

ويتضح في صعود نابليون وهبوطه ما هو التشخيص الذي أعطي له.

5 - نابليون الثالث Napoleon III: يعد نابليون الثالث من بين عظماء هذا العالم، كشخصية متوسطة mediocre ". إذ لم ينصفه التاريخ، وبشكل خاص لأن نجاحاته في السياسة الداخلية والخارجية قد ظلت غائبة (حيث كان وما زال هذا الأمر، وعلى الرغم من الاعتراض الأخلاقي، هو النقطة الحاسمة في الحكم على الإنسانية).

تشارلز لويس نابليون (1808- 1873) Charles Louis Napoleon Bonaparte كان ابن أخ القيصر نابليون الأول. ترعرع في المنفى السويسري والألماني، وعد بعد أن توفي ابن نابليون، الدوق فون رايششتات، بوصفه زعيم أسرة نابليون، وشعر بأنه مدعو لتمجيد glorification سابقيه العظام، ولإعادة الملك النابليوني في فرنسا. وقد يتقبل إنسان في وضعه الأولى، أما الثانية، وبالنظر للتاريخ، فإن الأمر مستحيل، ومع ذلك فقد حصل:

فبعد محاولات انقلاب فاشلة ضد الملك الفرنسي لويس فيليب Louis Philippe تم الحكم عليه بالسجن مدى الحياة، وفر إلى إنجلترا، وطور هناك برنامجه السياسي (القيصرية الاستفتائية Plebiscitary Caesarism) الذي لم يظل لدى الفرنسيين من دون إعجاب. وعاد لفرنسا وشارك في الانتخابات الرئاسية هناك وربح 74٪ من الأصوات (الرئيس الملك Prince Président). وبعد عدة سنوات لاحقاً انقلب على النظام مع تخويل شامل بسلطات الحكومة، باستفتاء من الشعب، حيث نودي للمرة الثانية بعد نابليون الأول بقيصر وراثي للفرنسيين. وعلى الرغم من أن القوى الديموقراطية أقنعته شيئاً فشيئاً بإدخال أهم مطالب المعارضة نحو الحرية السياسية الأكبر بالتدريج، إلا أنه بقي الرمز المركزي للدولة. وكان هدفه السياسي الخارجي تحويل النظام الأوربي لمؤتمر فينا لمصلحة فرنسا. لهذا شارك

في الثورات الوطنية (حرب القرم، إيطاليا، البلقان، بولونيا)، وهو ما لم يجلب له أية فوائد في النهاية، لأن أهم عدو له، القنصل الألماني بسمارك قهره سياسياً وعسكرياً في الحرب الألمانية الفرنسية من 1871/1870. ووقع بعد استسلام سيدان في الأسر البرويسي، وتوفي بعد إطلاق سراحه في إنجلترا، حيث دفن هناك.

وحول نابليون الثالث لا يتوفر رسم مرضي **Pathography** كثيراً، على عكس نابليون الأول. ومع ذلك فهو مثال مثير حول الكيفية التي يمكن فيها للمرض الجسدي لرئيس دولة، وقائد عسكري في الوقت نفسه أن يؤثر على مجرى التاريخ - وهذه المرة لصالح ألمانيا ووحدتها السياسية. فقد عانى نابليون الثالث من حصى في المثانة. وهذه المعاناة مؤلمة بشدة ومضنية، وهي اليوم ليس موضوعاً ذو شأن في الطب، أما في ذلك الوقت فقد غير هذا الاضطراب التاريخ. إذ أن نوبة المثانة أصبحت قوية في النهاية إلى درجة أنها قد أضعفت قوة الإرادة واتخاذ القرار والمقاومة بشكل حاسم. وقد نمت لديه حاجة مرضية للراحة، فلم يكد يظهر أي نشاط ومبادرة، وترك الأمور تجري. وازداد يأسه باطراد وأصبح مكتئباً. يضاف إلى ذلك حصول ضربات سياسية اقتصادية وعسكرية سياسية غالية، كالمغامرة المكسيكية وحرب القرم. وهذا كله، صحته وأخطاؤه السياسية، دفعه باطراد إلى نوع من السلبية الحيوية **Fatality Passivity** وهو ما استغلته زوجته الطموحة، القيصرة أويغيني **Eugenie**.

وعلى هذا النحو يمكن فقط تفسير سلوكه غير الهادف في أثناء الحرب البرويسية - النمساوية لعام 1866. فعلى الرغم من أنه جعل الفرق الفرنسية تزحف على الراين من أجل بث القلق في البرويسيين، أو على الأقل لتعطيل جزء من قواتهم، إلا أنه أبطل هذا الأمر لاحقاً. وكل من يعرف التاريخ يعرف أن الهجوم المسلح لفرنسا كان سيضع البرويسيين في مأزق حرج. إلا أن التاريخ كان على ما يبدو مع بسمارك. إذ أنه وبالذات في ذلك الوقت، ضايقت حصى المثانة نابليون الثالث ثانية بنوبات متكررة (ومنهكة بصورة كبيرة). ويقال أنه بدا في ذلك الوقت منهاراً جداً ومعذباً ومنهكاً وقلما استطاع الحركة - إنسان مريض بشدة، حرم من أهم الاستعدادات الجسدية والنفسية، وفي هذا الوضع والوقت بالذات (من المفاهيم التي تتم مناقشتها: المتلازمة النفسية ذات المصدر الألمي **Psycho syndrome algogeneses** أي الضرر النفسي والجسمي الناجم عن الألم).

وقد أكد هذا بسمارك لاحقاً: ليس الجيش الفرنسي، بل فرقة وحيدة كانت كافية من وجهة نظره لإجبار البروسيين العالقين في ذلك الوقت في المعابر الضيقة لبوهيميا. إذ أن دوقية

بادن الكبرى، وبفالس، قد تحصنتا خلف الفرنسيين، ومن ثم كان من الممكن أن تقوم قائمة كل جنوب ألمانيا ضد البروسيين. "لم أكن واثقاً أنه كان باستطاعتنا تغطية برلين"، اعترف بسمارك لاحقاً.

وللمرة الثانية تدخل القدر على شكل معاناة نابليون الجسدية، ومن ثم العواقب النفسية، بما في ذلك العواقب النفسية الجسمية، في حرب 1871/1870. وعلى الرغم من أنه لم يرد الحرب إلا أنه لم يستطيع من أن يقف ضد حزب الحرب في حكومته، مدعوماً بزوجته. لهذا حصلت ثانية خطوات دبلوماسية غير موفقة، استغلها بسمارك بمهارة وصولاً في النهاية إلى عدم وجود قيادة عسكرية للجيش الفرنسي، الذي انتهى بهزيمته المدمرة على يد البروسيين، وأسر قيصره.

وهنا كان واضحاً لكل المشاركين من الدائرة الضيقة لنابليون الثالث كيف كان وضعه الصحي والنفسي. وأخيراً، تراجع وضعه الصحي، إلى درجة أنه لم ينصح بالتدخل الجراحي. وظلت هذه المعرفة الطبية طي الكتمان، حتى على زوجته، ناهيك عن الحكومة. فلو حصل هذا الأمر لما ترك المرء القيصر الضعيف جسمياً، والمنهك نفسياً وذهنياً، بنتيجة المرض، يذهب إلى الحرب كقائد أعلى للجيش الفرنسي، الأمر الذي برهن على أنه انهيار عسكري شامل.

ملحق:

السيناتور توماس إيغلتون – فضيحة في الولايات المتحدة الأميركية

في معركة الرئاسة الأميركية السابعة والثلاثين في عام 1969 بين الفائز اللاحق ريتشارد نيكسون Richard Nixon (بنهايته المثيرة من خلال اتهامه، أي دعوة للإقالة من المنصب، التي حصلت قبل ذلك من خلال استقالته) ومنافسه جورج ماك غوفرن George McGovern شهدت أميركا والعالم نقاشاً سياسياً، ولكنه لم يكن كذلك.

في الواقع، فإن الأمر لا يتعلق بتصويت، وإنما بفشل (موجه إعلامياً)، في ما يتعلق بالمعرفة الطبية، وبشكل خاص بالمعرفة الطبية النفسية، وخصوصاً في ما يتعلق بالتوعية والتسامح (وهو ما يعتقد المرء أنه موجود في أميركا بشكل خاص). فما هي القضية؟

كان السياسي توماس إيغلتون في خمسينيات، وستينيات، القرن العشرين، طفل العجائب السياسي لولاية ميسوري: محامي المحافظة (1956)، ومحامي دولة في عام (1960)

بعمر الثلاثين سنة، نائب حاكم في عام (1964) وسيناتور في عام (1967) وكان يعد سياسياً لامعاً، الذي انتخبه حتى معارضوه السياسيون. وكان معطاء متحمساً، وطبيعته المرحة مثالية. وقد قدم مجموعة كبيرة من مشاريع القوانين، وعُد رجل المستقبل. وعندما اختاره المرشح الرئاسي ماك غوفرن شريكاً في المعركة، ونائباً محتملاً للرئيس بدا ذلك توليفة مثالية.

إلا أنه، وبعد ترشيحه بوقت قصير، أعلن في مؤتمر صحفي بأنه كان قد دخل المستشفى ثلاث مرات بسبب "الإنهاك والإجهاد العصبي". وأصبح لاحقاً أكثر تحديداً: فالأمر يتعلق باكتئاب، تم علاجه مرتين بالصدمة الكهربائية، ومرة من خلال الراحة الاستشفائية (سرعة عمله كانت لا تضاهى، وبالنسبة للعاملين معه كانت مسببة للإرهاق).

وقع تصريح إيفلتون على الجمهور الأميركي موقع الصاعقة. وفي هذه المرحلة من عدم الأمان تم بداية سؤال مشهورين يعرفونه. فكان حكمهم الواضح: أنهم لم يلحظوا عليه أبداً أي شيء سلبي، صحيح أنه مشدود بشدة إلا أنه محارب انتخابي شديد، وديموراطي طيب، وسليم ومنطقي. (كانت إحدى الأقوال السياسية النمطية: "لدي انطباع بأن 60٪ من أعضاء مجلس الشيوخ ليسوا متزنين كلية. ولكن من بين كل الناس الذين بدوا لي سليمين عقلياً، أضع إيفلتون في المرتبة الأولى")، إلا أن هذا لم يفد: فالمناقشة الوطنية الحامية جداً الآن ألقت الضوء حسب وجهة نظر الخبراء على مظهرين مهمين:

1) اتجاهات الأميركيين نحو الاضطرابات النفسية عموماً.
2) التصور التقليدي، والمتجذر بعمق بأن كل استشارة لخبير ما بسبب مشكلات انفعالية يمكن أن تشير إلى شيء ما "قذر"، "فظيع"، "فاسد"، "مخالف للقانون"، أو "مخيف" (مقتبس عن R. R. Fieve).

فالموضوع أولاً هو الشك الواضح بأن كل شخص يمتلك تاريخاً طبياً نفسياً، بغض النظر عما كيف حصل هذا، وثانياً هو الخوف من مشكلة نفسية يصعب تصديقها، على أية حال بالنسبة للمواطن المتوسط، يرغب المرء بإزاحتها جانباً، ولا يحب أن يراها منتشرة بين قادته السياسيين.

ويقتبس الطبيب النفسي فيف R. R. Fieve الملاحظات الرائعة التالية": العلاج بالصدمة الكهربائية هو أمر لايستطيع المرء أن يتحدث عنه في كل حفلة كوكتيل" أو:"على الرغم من اننا متنورين كفاية، للحديث عن جلسات التحليل النفسي الخاصة بنا، حتى أمام الناس،

ولكن الاكتئاب الشديد الذي يحتاج للعلاج من الناحية الإكلينيكية يفضل المرء إخفاؤه". أو:"مجرد التفكير بالمستشفى الطبي النفسي يجعلنا نفكر بالمرضى في المريلة، والمجانين، والعنيفين، والمهلوسين، بذهانيين غير قادرين على السيطرة على انفعالاتهم الجنسية والعدوانية". و:"في الاضطرابات النفسية نفكر مباشرة بالأنماط الثرثارة بصورة غير مفهومة من الأفلام والتلفزيون والمسرح والأدب، وصولاً إلى آلة فرانكشتاين الكهربائية". وأخيراً: "يستطيع الرئيس جونسون أن يري الجمهور في برنامج تلفزيوني جرح عملية المرارة، ويستطيع الرئيس أيزنهاور أن يتحدث عن خروجه في التواليت، أما العلاج النفسي فهو أمر مكروه".

ويعلق فيف R. R. Fieve تقلقنا صحتنا الجسدية، ولا أحد يعترض على هذا. أما صحتنا النفسية فهي ليست على ما يرام، ومع هذا لا يتجرأ أحد على الحديث حول ذلك. والمعنيون موصومين (موشومين) اجتماعياً، وليس إذا كانوا سياسيين فقط، إنما كل واحد راجع مرة مستشفى عصبي، عليه على ما يبدو أن يتحمل لبقية حياته ألا يعامله الناس على أنه كامل، بغض النظر عن مدى جودة تخلصه من معاناته.

لقد صمد إيغلتون، ولكن بلا طائل: "فالأخلاق المزدوجة للشعب الأميركي" (Fieve) جعلت الأمر لا يمكن تجاهله. فعلى الرغم من أن ماك غوفرن قد تجاهل هذا الأمر في البداية، إلا أنه في النهاية اضطر للطلب منه أن يتخلى عن ترشيحه لمنصب نائب الرئيس، على الرغم من أن رأي الشعب قد بدا فجأة غير أكيد. إلا أن جورج ماك غوفرن لم يستطع أن يغامر بجعل المرض السابق للمرشح لنيابته موضوع حملته الانتخابية رقم واحد (الأمر الذي عمل عليه خصومه السياسيين بمساعدة وسائل الإعلام المرتبطة بهم). لم تكن هذه الاستراتيجيات نظيفة – كما هو الحال الغالب في السياسة - إلا أنه لم يكن هذا هو الموضوع في النهاية، إنما اتجاهات الشعب، التي تقول:

ربما يكون إيغلتون حالة نفسية حدودية، تم حشره في جو يغلي جداً من الصراع الانتخابي في مرض عقلي. ولكننا لا نستطيع أن نتحمله كقائد. إذ أن فكرة أن قائد ما ربما قد يخطئ، كانت، ومازالت، بالنسبة لنا فكرة محمولة (R. R. Fieve). أما المنتصر اللاحق بالانتخابات - كما ألمحنا - فيقال أنه قد أصبح مكتئباً بالفعل في نهاية مناورة – اعتزاله التي كانت مضنية طويلاً.

الاكتئاب
مفهومه، تعريفاته، أعراضه، أنواعه

د. صباح السقا

توطئة:

يعبر الاكتئاب عند الغالبية العظمى من الناس عن استجابة عادية تثيرها خبرة مؤلمة، كالفشل في علاقة، أو خيبة ما، أو فقدان شيء مهم كالعمل، أو وفاة إنسان غالٍ. وهذا هو الاكتئاب من النوع العادي، وما يميزه أنه يحدث لفترات قصيرة، كما أنه عادة يكون مرتبطاً بالموقف الذي أثاره، حيث يشعر الإنسان بالحزن و الضياع. مثل هذا الشعور نجده يسيطر على بعض الأشخاص بصورة أقوى وأطول مما هو معتاد، كما أنه يعوق الفرد بدرجة جوهرية عن أداء نشاطاته وواجباته المعتادة، وكذلك قد تكون الأسباب التي تثيره غير واضحة، أو متميزة بالشكل الذي نراه عند الغالبية العظمى من الناس، وهذا هو الاكتئاب المرضي.

1 - تعريفات الاكتئاب:

ورد مصطلح الاكتئاب في نصوص الحضارات القديمة، فقد ميزه قدماء الإغريق كاضطراب في المزاج ونسبوه إلى زيادة السوداء في جسم المكابد (عن ملكلين، 2003:15). وكلمة سوداء **Melancholy** مشتقة من الكلمة الإغريقية أسود **melan** وصفراء **cholia**. وكذلك في النصوص الإنكليزية القديمة حيث تشير كلمة **Melancholia** إلى السوداء، وهي الكلمة التي استخدمت طوال عدة قرون لوصف اضطرابات المزاج". (عن مايو، 2001: 14)

أما أولى الأوصاف الطبية للاكتئاب فتعود إلى "أبقراط" (القرن الرابع قبل الميلاد) بتحديده الأسباب والعلاج، فقد وصف الاكتئاب النفسي وصفاً لا يختلف عن الوصف الحالي له. مؤكداً العلاقة المتبادلة بين الجسم والعقل، حيث رأى أن المرض الفعلي ينجم عن أسباب طبيعية، وليس عن أسباب فوق طبيعية. وإن السوداء هي حصيلة ثانوية لفائض الصفراء السوداء في الطحال، كما توصل إلى أن المخ هو مركز الإحساس، وليس القلب، لذلك أوصى أبقراط لتخطي الاكتئاب بإعادة التوازن إلى أجهزة الجسم باستعمال الاسترخاء واستراتيجيات العيش الصحي. وهو بذلك كان ذا نظرة شاملة في الطب العضوي والنفسي". (م، س: 13)

قام الأطباء الرومان بعد ذلك" بوصف بعض الأمراض من بينها الاكتئاب، وتم تصنيفه إلى نوع خارجي، ونوع داخلي مثل بعض التصنيفات الحديثة له اليوم". (الشربيني، 2001: 25)

ويشير مفهوم الاكتئاب إلى أكثر من جانب، فهو مرض له أساس بيولوجي يتأثر غالباً بعوامل عدة كالإرهاق النفسي والفكري والاجتماعي. وعوامل كالوراثة والتوتر والتغيرات في وظيفة الجسم والدماغ.. إلخ، مما يصعب تعريفه، أو التعرف إليه، حيث عوارضه قد تتداخل مع عوارض أمراض أخرى، أو قد تعزى إلى الحزن، أو التعب الشديد، أو إلى مشكلات النوم، أو التقدم في العمر، أو العمل المفرط (عن مايو، 2001: 25) ورغم صعوبة تعريفه، فقد حاول الفلاسفة والعلماء تعريف الاكتئاب، فعرفه سيلغمان (Seligman1975) بأنه "مظهر للشعور بالعجز حيال تحقيق الأهداف، عندما تكون تبعية اليأس منسوبة إلى علل شخصية. وفي هذا السياق، فإن الأمل يكون مفهوماً كوظيفة لإدراك مدى احتمال حدوث النجاح في صلته بتحقيق الهدف" (عسكر، 1988: 60) ونلاحظ هنا أن الأساس في نظريته هو عدم تمكن الفرد من السيطرة على الأحداث والنتائج، وفي أن الاستجابات لا يمكن أن تكون ناجحة، وبالتالي فالاكتئابي قد تعلم العجز.

ويضيف أبرامسون وآخرون. (Abramson et al 1978) على تعريف سيلغمان أن الضعف الناتج عن العجز المتعلم لا يعتمد فقط على توقع عدم القدرة على التحكم في المثيرات المكروهة، وغير المضبوطة، إنما يعتمد أيضاً على المسببات التي تجعل الفرد يفسر فشله الذي حدث بالفعل. (عن إسماعيل، 1995: 160).

ويعرف هاملتون اضطراب الاكتئاب بوصفه" مرضاً نفسياً يتصف بشعور عميق ودائم بالحزن أو اليأس و/أو فقدان الاهتمام بالأشياء التي كانت يوماً ما مصدراً للبهجة، ويترافق

ذلك مع اضطراب في النوم، اضطراب في الشهية إلى الطعام، واضطراب في العمليات الذهنية" (Hamilton,2004,p. 1).

أما بيك (Beck) فيقول: إن اضطراب الاكتئاب "ما هو إلا استجابة لا تكيفية مبالغ فيها، وتتم بوصفها نتيجة منطقية لمجموع التصورات، أو الإدراكات السلبية للذات، أو للموقف الخارجي، أو للمستقبل، أو للعناصر الثلاثة مجتمعة". (Beck,1976,p. 84).

ويعرف بيتروفسكي (Petrovesky 1985) الاكتئاب "بأنه حالة من القنوط واليأس وانقطاع الأمل والخوف. يصاحبها اتجاهات سلبية، وتغييرات في محيط الدافعية، أو في القوى الدافعة المحركة للإنسان، وفي الانطباعات المعرفية، وبشكل عام في السلوك السلبي، والفرد في حالة الاكتئاب يخبر بعض الانفعالات، منها الحزن أوالميلانخوليا، والقلق، أو الحصر واليأس (عن سعد، 1994: 256).

ويصف زيوَر الاكتئاب بأنه "حالة من الألم النفسي يصل في الميلانخوليا إلى ضرب من جحيم من العذاب، مصحوباً بالإحساس بالذنب شعورياً، وانخفاضاً ملحوظاً في تقدير النفس لذاتها، ونقصاناً في النشاط العقلي والحركي والحشوي". (زيور، 1980:12).

ويذكر زهران في كتابه الصحة النفسية الاكتئاب أنه "حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه"(زهران، 1977: 429).

ويعرّف فاخر عاقل الاكتئاب بأنه" حالة انفعالية تكون فيها الفاعلية النفسية والجسدية منخفضة وغير سارة. وقد تكون سوية أو مرضية، وتشير المرضية منها إلى اليأس والشعور الساحق بالعجز والتفاهة". (عاقل، 1979: 33).

ويعّرف عبد الخالق الاكتئاب بأنه "حالة انفعالية عابرة، أو دائمة، تتصف بمشاعر الانقباض والحزن والضيق، وتشيع فيها مشاعر، كالهم، والغم، والشؤم، والقنوط، والجزع، واليأس، والعجز. وتترافق هذه الحالة مع أعراض تمس الجوانب الانفعالية، والمعرفية، والسلوكية، والجسمية، تتمثل في نقص الدافعية، وعدم القدرة على الاستمتاع، وفقدان الوزن، وضعف التركيز، ونقص الكفاءة، والأفكار الانتحارية". (عن رضوان، 2001: 16).

ويلتقي الرخاوي في تعريفه للاكتئاب، بوصفه اضطراباً للمستوى المعرفي للصحة النفسية، مع أصحاب النظرية المعرفية وخاصة نظرية بيك. (عن عسكر، 988: 44).

أما الحفني، فيعرف الاكتئاب من خلال أعراضه " بأنه صعوبة في التفكير، واكتئاب يصيب النفس، وكساد في القوى الحيوية والحركية، وهبوط في النشاط الوظيفي، وقد يكون له أعراض أخرى كتوهم المرض، وأوهام اتهام الذات، وتوهم الاضطهاد، والهلوسة، والاستثارة". (الحفني، 1978:206).

وفي موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، يعرف الاكتئاب بأنه "حالة من الاضطراب النفسي تبدو أكثر ما تكون وضوحاً في الجانب الانفعالي لشخصية المريض، إذ تتميز بالحزن الشديد، واليأس من الحياة، ووخز الضمير وتبكيته القاسي على شرور لم ترتكبها الشخصية في الغالب، بل تكون مستوهمة إلى حد بعيد". (طه وقنديل، 1993:110).

ويعرف النابلسي الاكتئاب بأنه" اختلال في التوازن النفسي الذي يصيب بالدرجة الأولى مزاج الشخص ومثالياته، معرضاً إياه للألم والشقاء المعنويين". (النابلسي، 2003: 72).

وجاء في الدليل التشخيصي والإحصائي الصادر عن الجمعية الأميركية للطب النفسي DSM-IV "يتميز الاكتئاب بمزاج حزين كئيب، ويسوده الغم بشكل غير عادي، أو تلاشي الاهتمام والبهجة في النشاطات اليومية بشكل ملحوظ، وهذا يختلف عن حالة مريض غير مكتئب". (Fauman,1994,p. 167).

كما ورد تعريفه في التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية "يشير الاكتئاب إلى مجموعة من الأعراض، منها عدم القدرة على التركيز، انخفاض تقدير الذات، الشعور بعدم الأهمية، الشعور بالذنب، الإقدام على الانتحار". (I. C. D-10, 1999, p. 1213).

ونلاحظ من التعريفات السابقة، أنها تعتمد في تعريف الاكتئاب على وصفه بمجموعة من الأعراض المرضية التي يمكن التعرف إليه من خلالها، كاشتراكها في المزاج السيء، والضعف الحركي، والنفسي، والمعرفي.

وفي ضوء التعريفات السابقة، فإن الباحثة يمكن أن تقترح التعريف التالي: الاكتئاب حالة انفعالية تكون فيها الفاعلية، أو النشاطات (Activity) النفسية، والجسدية، منخفضة وغير سارة (بطء في الحركة وتأخر في الاستجابة مع كسل وتعب) قد تكون سوية، وقد تكون مرضية، وتشير المرضية إلى استجابة لا تكيفية مبالغ فيها تتسبب من خلال الأفكار والتقييمات والإدراكات والمواقف المتعلقة بالشخص ومحيطه ومستقبله.

2 - أعراض الاكتئاب:

يفصح الاكتئاب عن نفسه في مجموعة من الأعراض نسميها المتلازمة الاكتئابية (Syndromes) وهي تشتمل ببساطة على جوانب من السلوك والتفكير والمشاعر التي تحدث مترابطة والتي تساعد في النهاية على وصف السلوك الاكتئابي وتشخيصه. (عن إبراهيم، 1998: 21).

ولعل الفهم الأفضل للاكتئاب يمكن تحقيقه في الوقت الراهن من خلال الدراسة الوصفية والتفصيلية للأعراض المختلفة للاكتئاب (Symtomatology) كما وضعها بيك(Beck 1967) والتي تظهر في كل من المجالات الوجدانية والمعرفية والدافعية والجسدية، آخذين بعين الاعتبار سلوك المريض قبل المرض. (عن Beck,1994,pp16-35).

ونبين في ما يلي عدداً من هذه الأعراض، التي قد لا يتطابق المكتئبون في التعبير عنها، وبالتالي فإن توافر بعضها يكفي أن نقول بأن الشخص يعاني من أعراض اكتئابية

3 -2 -1 الأعراض/ المظاهر الانفعالية EMOTIONAL MANIFESTATIONS

تشير المظاهر الانفعالية إلى التغيرات في مشاعر المريض، أو التغيرات الحاصلة في سلوكه الصريح، والذي يعزى إلى حالات مشاعره. ومن المهم في تحديد المظاهر الانفعالية مستوى سلوك الفرد ومزاجه قبل المرض، إضافةً إلى معرفة جنسه، مع تقدير المدى الطبيعي الذي تتراوح فيه حالته في ظروف السواء، بالنسبة لعمره، وجنسه، ووضعه الاجتماعي، ومرجعيته، فتكرار نوبات البكاء لدى مريض نادراً ما يبكي أو لم يكن يبكي إطلاقاً قبل أن يصبح مكتئباً، قد يشير إلى مستوى أعظم للاكتئاب مما يمكن أن يكون لدى مريض يبكي عادةً، سواء أكان مكتئباً، أم لم يكن. ومن أهم المظاهر الانفعالية:

3 -2 -1 -1 -المزاج المغموم: يوصف المزاج بشكل مختلف من قبل العديد من المرضى المكتئبين سريرياً، فقد يستخدم بعض المرضى غير المكتئبين كلمة "مكتئب" للدلالة على مشاعر عابرة من الوحدة، أو الضجر، وفي بعض الأحيان يتم التعبير عن الشعور بالاكتئاب بتعابير فيزيولوجية مثل: "هناك كتلة في حنجرتي" أو "أشعر أن بطني فارغ" أو "يثقل صدري شعور حزين وثقيل". وهناك بعض المرضى يستخدمون صفات وجدانية مألوفة أكثر مثل "حزين، غير سعيد، وحيد، ضجر.

3-2-1-2- المشاعر السلبية تجاه الذات: يعبر المكتئب غالباً عن مشاعر سلبية عن نفسه، فيدعي أنه عديم القيمة، وأنه لا يحتمل، ولا يستحق الحياة، وترتبط هذه المشاعر مع الاكتئاب المصحوب بالقلق.

3-2-1-3- فقدان الرضا: ينتشر انعدام الرضا بين المكتئبين، لدرجة أن العديد من المرضى يعتبرونه الصفة الأساسية لمرضهم، حيث يبدأ فقدان الرضا بالظهور لعدد قليل من النشاطات، ومع ازدياد شدة الاكتئاب ينتشر ليشمل كل ما يفعله المريض من نشاطات، بما في ذلك النشاطات المترافقة بالحاجات والدوافع البيولوجية الأساسية، مثل الأكل، والممارسات الجنسية.

وفي حالة الاكتئاب الخفيف، قد يحصل المرضى على قدر من الشعور بالرضا من خلال النشاط السلبي، كالراحة، والاسترخاء، وفي الحالات المتوسطة والحادة يفشل في الاستمتاع بالنشاطات التي كانت مهمة له في السابق، ويحاول تفادي الأنشطة التي كان يستمتع بها. (Beck,1994,p. 16). (انظر الملحق 14).

3-2-1-4- فقدان الروابط العاطفية: يترافق فقدان المشاركة العاطفية مع الآخرين، عادةً، مع انعدام الرضا، ويظهر ذلك بتضاؤل درجة اهتمام المكتئب في نشاطات معينة، أو في عاطفته، أو في اهتمامه بالآخرين، أو في التأثير فيهم. إن انعدام العاطفة تجاه أفراد أسرة المكتئب، غالباً ما يكون سبباً للاهتمام بالمريض، أو في طلب المساعدة له.

3-2-1-5- نوبات البكاء: تتكرر فترات البكاء المتزايدة بين المرضى المكتئبين بشكل أكثر من السابق، أو إنهم يشعرون بالرغبة بالبكاء، وإن لم تنهمر دموعهم، أو يصبحوا غير قادرين على البكاء، وإن أرادوا ذلك. ويظهر هذا العرض لدى النساء المكتئبات أكثر من الرجال.

3-2-1-6- فقدان الاستجابة المرحة: الذي يفقد المرضى المكتئبون حسهم الفكاهي،.. إنهم يدركون النكتة، وقد يستطيعون تأليف نكتة أخرى، ولكنهم يجدون صعوبة في أنهم لايستجيبون للفكاهة بالطريقة العادية، فهم لا يشعرون بالتسلية، ولا يرغبون بالضحك، وليس لديهم أي شعور

بالرضا ناتج عن نكتة، أو رسم كاريكاتوري، لأنهم يميلون لأخذ كل الأمور أخذاً جدياً. (Beck,1994,p. 21).

3 -2 -2 -المظاهر المعرفية: COGNITIVE MANIFESTATIONS

تتألف المظاهر المعرفية للاكتئاب من المواقف المشوهة للمريض تجاه نفسه، وتجاربه ومستقبله، وتتضمن:

3 -2 -1 -1 -التقييم المنخفض للذات: إن التقدير المنخفض لذات المكتئب جزءٌ من نظرته لنفسه على أنه ناقص في صفات هامة لديه، كالقدرة على الإنجاز، الذكاء، الصحة، القوة، الجاذبية الشخصية.. إلخ، فالمكتئب يضخم أفكاره، ويضخم الصعوبات التي يواجهها، ويعتقد أنه، أقل منزلة من الآخرين، وقد يصل في الحالات الحادة إلى اعتبار نفسه فاشلاً، وعديم القيمة، وعبئاً على عائلته.

وقد ينعكس الشعور بالنقص بصيغة التذمر من الحرمان من الحب، أو الممتلكات المادية، إذ تكون ردة الفعل هذه الأكثر ظهوراً لدى المكتئبين الذين تعرضوا على التوالي لعلاقة حب غير سعيدة، أو لتبدلات مادية قبل الاكتئاب.

3 -2 -1 -2 -التوقعات السلبية: إن النظرة القاتمة، والتشاؤم نحو الحياة، يرتبطان بمشاعر اليأس. هذه النظرة المستقبلية السلبية للمكتئب غالباً ما تكون مصدر إحباط لأصدقائه، وعائلته، عندما يحاولون مساعدته، على خلاف مريض القلق الذي يلطف من توقعاته السلبية بإدراك أن الأحداث غير السارة يمكن تجنبها، فإن المكتئب يفكر من منطلق المستقبل الذي ستستمر فيه حالة النقص. ويزداد الأمر سوءاً فيتعذر حل مشكلاته ليصل المكتئب إلى الانتحار، كطريقة منطقية للفعل.

3 -2 -1 -3 -لوم النفس وانتقاد الذات: يرتبط لوم النفس، وانتقاد الذات، لدى المكتئبين بالمفاهيم والأفكار المتركزة حول الذات، حيث يميل المكتئب إلى عزو الحوادث السيئة إلى نقص ما في نفسه، ومن ثم يوبخ نفسه على ما فيها من عيوب، وقد يسيء معاملة نفسه بطريقة مؤذية ووحشية أحياناً، إذ

يعتقد في الحالات الاكتئابية الحادة أنه يسبب المعاناة لمن حوله ويستحق العقاب.

3 -2 -1 -4 -الترددية: من الصفات المميزة للاكتئاب الصعوبة في اتخاذ القرارات، والتردد في الاختيار بين البدائل، فغالباً ما تكون هذه الصفات مربكة لعائلة المريض، ولأصدقائه، أو للمريض نفسه. وللتردد مظهران، الأول في المجال المعرفي، حيث يتوقع المكتئب دوماً اتخاذ القرار الخاطئ، والثاني دافعي يتعلق في الإرادة والميل إلى الإحجام و"الاتكالية"، وهنا يفتقر المكتئب إلى الدافعية، ليدقق في العمليات العقلية المطلوبة للوصول إلى نتيجة، حيث تصبح فكرة اتخاذ القرار تمثل له عبئاً، لأن ذلك يلزمه بالعمل، وباعتبار أنه يرغب بالتجنب فهو ميال إلى المماطلة، أو طلب المساعدة حتى في الأعمال الروتينية، كاختيار نوع، أو لون لباسه، التي تصبح مشكلة رئيسة للمرضى المكتئبين.

3 -2 -1 - 5 تشوه صورة الجسد: إن صورة المريض المشوهة عن مظهره الجسدي غالباً ما يكون له علاقة بالاكتئاب، حيث يرى نفسه وكأنه غير جذاب جسدياً، ويظهر هذا بشكل أكبر بين النساء عن الرجال، حيث تعتقد أنها قبيحة الشكل، وربما تحتاج لجراحة تجميلية. وفي الحالات الحادة تعتقد المرأة أن الآخرين ينفرون منها أو يتجنبونها. (Beck,1994,pp22-26).

3 -2 -3 المظاهر الدافعية MOTIVATIONAL MANIFESTATIONS

يمكن ملاحظة المظاهر الدافعية للمكتئب من تصرفاته، وأكثر ميزة لدوافع المكتئب هي طبيعتها النكوصية (Regressive) حيث يبدو المكتئب غارقاً في نشاطات هي أقل حاجة وأهمية لديه، وأقل استهلاكاً للطاقة وأقل مسؤولية. إنها نشاطات طفولية، يفضل فيها السلبية على النشاط، والاتكالية على الاستقلالية، وتجنب المسؤولية بدلاً من مواجهة مشكلاته.

3 -2 -3 -1 الافتقار إلى الدافعية الإيجابية (شلل الإرادة): غالباً ما تكون عرضاً واضحاً للاكتئاب، فقد يجد المريض مشكلة في تأهيب نفسه لإنجاز مهمة ضرورية له، كالطعام. إنه لا يشعر بأي مثير داخلي للقيام بذلك حتى عندما يحث، أو يهدد، فإنه لا يبدو قادراً على إثارة الرغبة لفعل هذه الأشياء، حيث يجد

المريض نفسه شبه مشلول في الحالات الحادة، ويقتضي سحبه من الفراش، لإلباسه، أو إطعامه.

3 -2 -3 -2 رغبات التجنب والهروب والانسحاب: إن رغبة المكتئب في تحطيم روتين الحياة هي مظهر شائع للاكتئاب، حيث يعتبر الشخص المكتئب أن واجباته كئيبة، ولا معنى لها، وتشكل عبئاً عليه، وهو يريد أن يهرب إلى نشاط يوفر له الاسترخاء. إنه يتلمس النشاطات السلبية مثل(مشاهدة تلفاز، الذهاب إلى المقهى، أحلام اليقظة.. إلخ). هذه الرغبات الهروبية تشبه المواقف التي توصف بأنها شلل للإرادة، والفرق يكمن في أن رغبات الهروب تكون كدوافع محددة وواضحة بأهداف نوعية، بينما يشير شلل الإرادة إلى انعدام، أو غياب الدافعية.

3 -2 -3 -3 الرغبة الانتحارية: تترافق الرغبة الانتحارية تاريخياً مع الاكتئاب، ومع أنها قد تحدث لدى غير المكتئبين، إلا أنها تتكرر بشكل أكثر لدى المكتئبين بشدة، إذ تظهر رغبة الانتحار متواصلة طيلة فترة المرض.

إن اهتمام المريض بالانتحار يأخذ عدة أشكالٍ، فإما أن تكون لديه رغبة سلبية (أتمنى لو كنت ميتاً)، وإما رغبة فعلية (أريد أن أقتل نفسي)، وإما فكرة متكررة وسواسية. وهذا ما يجعل لهذه الرغبة قيمة تشخيصية مهمة، باعتبارها عرضاً مهماً من أعراض الاكتئاب الشديد.

3 -2 -3 - 4 الإتكالية المتزايدة: يقصد بالاتكالية إظهار رغبة المكتئب بتلقي المساعدة والتوجيه والإرشاد أكثر من أن يقوم الآخرون بالعمل الفعلي نيابة عن المريض، حيث تظهر الاتكالية بهذا المعنى لدى الأشخاص الذين يعانون من مرض جسدي أو مزمن. (Beck,1994,pp27-33).

3 -2 -4 المظاهر الجسدية والنمائية (الإعاشية):

VEGETATIVE AND PHYSICAL MANIFESTATIONS

تعدُّ المظاهر الجسدية (الإرادية وغير إرادية) من قبل بعض الباحثين دليلاً على وجود خلل رئيس في الجهاز الودي، ونظير الودي، أو خلل في نوى تحت المهاد، وهي المسؤولة عن الحالة الاكتئابية.

3 -2 -4 -1 فقدان الشهية: يشكل فقدان الشهية العلامة الأولى على وجود الاكتئاب، وكذلك عدم التلذذ بالطعام، وفقدان الوزن والنحول، بينما تشكل عودة الشهية دليلاً على التحسن. (ولو أن بعض مرضى الاكتئاب تحدث لديهم زيادة في الوزن، إفراط في الطعام). (منظمة الصحة العالمي، 1999: 146).

3 -2 -4 -2 اضطرابات النوم: إن الصعوبة في النوم من أكثر أعراض الاكتئاب ملاحظةً، فضلاً عن وجود درجة مفرطة من الأرق، وخاصة الاستيقاظ قبل الفجر، مما يمنع المكتئب عن مواصلة نومه، إذ تدور في رأسه الأفكار، فيكون مزاجه هابطاً إلى أدنى درجاته. وفي بعض الحالات الحادة تأخذ اضطرابات النوم اتجاهاً عكسياً، أي ينام المكتئب أكثر من اللازم بكثير. (م، س).

3 -2 -4 -3 فقدان الرغبة الجنسية: يفقد مريض الاكتئاب الاهتمام بالجنس، ويرتبط انعدام الرغبة الجنسية مع انعدام الشهية، وعدم الاهتمام بالآخرين وبمزاج المكتئب. (م، س).

3 -2 -4 -4 التعب الشديد (الإعياء الشديد) (Fatigability): يزداد الشعور بالتعب لدى المرضى المكتئبين، إذ يشعر المريض بثقل في جسمه وأطرافه، فلا يستطيع التحرك، لدرجة تجعله يتذمر من شعوره بفتور الهمة هذا. وأحياناً يكون من الصعب التمييز بين التعب الشديد، وفقدان الدافعية، ورغبات التجنب والانسحاب؛ فالإعياء يرتبط مع نقص الرضا، والنظرة السلبية المتشائمة، والنظرة المتشائمة توحي بأن الاتجاه العقلي قد يكون العامل الأساسي في شعور المريض بالتعب. (م، س:147).

3 -2 -4 -5 الهذاءات (الأوهام): تنقسم الأوهام إلى أنواع عديدة، وهنالك هذاءات الشعور بالتفاهة، وهذاءات ارتكاب الأخطاء التي لا تغتفر، وهذاءات الأعراض الجسدية، وهذاءات الفقر.. إلخ.

3 -2 -4 -6 الهلاوس: تظهر الهلاوس بتكرار أكبر في فئة المكتئبين الذين سبق لهم التعرض للاكتئاب مقارنة بالاكتئابيين ممن لم يسبق تعرضهم للمرض، فهنالك هلاوس الادعاء بمحادثة الله أو سماع أصوات خفية تتحدث معه.. إلخ .(Beck, 1994, pp16-39)

وعملت الباحثة على جمع الأعراض السابقة في جدول شامل يوضح الأعراض وفق شدة الاكتئاب (Depth) إلى: خفيف ومعتدل وشديد، وقد اعتمد هذا التقسيم أيضاً في القسم العملي من هذا البحث. ومن المهم أن نشير إلى أن المكتئبين يختلفون في تعبيرهم عما يتملكهم من أعراض، أو مشاعر اكتئابية. لذلك لا يشترط لتشخيص الاكتئاب أن تتوافر كل الأعراض السابقة مجتمعة، بل يكفي توافر بعضها، أو معظمها لوصف الشخص بأنه يعاني من هذا الاضطراب، إضافة إلى استمراريته لفترة طويلة.

كما أن التعبير عن هذا الاضطراب يختلف أيضاً باختلاف المجتمعات، حيث يغلب على المكتئبين التعبير عن الأحاسيس المرتبطة بالشعور بالذنب، ولوم الذات، بينما تغلب الشكاوى الجسدية على الذين يعانون من الاكتئاب في المجتمعات العربية، كما أنهم لا يقدمون على الانتحار، وإيذاء النفس بالدرجة ذاتها التي توجد في المجتمعات غير العربية. (عياد والشربيني، 1995: 71).

ونلاحظ مما سبق أن المعالج بشكل عام، والمعالج العربي بشكل خاص، عليه أن يراعي خصائص القيم والاتجاهات الاجتماعية الموجودة في مجتمعه، والتي تظهر تأثيراتها على سلوك المتعالج، سواء بشكل مباشر، أم بشكل غير مباشر، وهذا ما يساعد المعالج في تحديد مشكلة المتعالج بدقة أكثر، ويختار تقنياته العلاجية المناسبة لتحقيق أهدافه العلاجية بشكل أفضل، وذلك عندما ينتبه إلى دور العوامل الاجتماعية والاقتصادية والقيم الحضارية السائدة في بلده.

3 - الانتشار:

"يعدّ الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً بعد القلق، ومن أكثر المشكلات الانفعالية التي يلجأ الناس بسببها إلى العلاج"، (إبراهيم، 1998: 27) ويعبرون عن اكتئابهم بكثير من الأعراض الجسدية النفسية المنشأ. كما أكدت دراسات عديدة أن ما يقارب 20٪ من المرضى الذين يراجعون الأطباء العامين، يعانون من أعراض مرض الاكتئاب، إما أنها مصحوبة بمرض بدني، وإما غير مصحوبة. وإن نصف هؤلاء المرضى تقريباً، أي 10٪ تكون الأعراض الاكتئابية شديدة إلى الحد الذي يستوجب معالجتهم معالجة نوعية (عن حجار، 1991: 68).

ويقدر" الدليل الإحصائي والتشخيصي الأميركي DSM-IV نسبة خطر الإصابة بالاكتئاب الأساسي خلال مجرى الحياة بين (10و25٪) لدى النساء وبين (5 و 12٪) لدى الرجال. وتتأرجح نسبة الانتشار المكاني للاكتئاب الأساسي بين السكان بين (5 -9٪) للنساء و(2 -3٪) للرجال. وتشير النتائج إلى أن انتشار الاكتئاب الأساسي لا يرتبط بالتأهيل، أوالانتماء العرقي، أو بالدخل، أو بالحالة الأسرية. أما نسبة الانتشار عبر مجرى الحياة لاضطرابات عسر المزاج فتبلغ حوالي (6٪) وحوالي (3٪) للانتشار المكاني". (رضوان، 2003: 456).

وتتفق الباحثة في أن ذلك لا يزيد في إصابة الأشخاص بالاكتئاب، بالرغم من زيادة فرص التعرض للاكتئاب، وخاصة في الطبقات الفقيرة، لأنه متوقف على مدى الأسلوب الإيجابي (تكيفه) للفرد في مواجهة مشكلاته الحياتية.

وعلى المستوى العالمي، تبين دراسات "منظمة الصحة الدولية" 1974أن 3٪ من سكان العالم يعانون من الاكتئاب؛ أي إن هنالك على الأقل أكثر من مئة وأربعين مليوناً من الأشخاص يعانون من الاكتئاب (النابلسي، 2003: 71)، وإن هؤلاء سيؤثرون تأثيرات سلبية خلال مرضهم على محيطهم من أقرباء وأصدقاء وزملاء عمل (عن الشربيني، 2001: 17)" ويتوقع أن يصبح الاكتئاب عام 2020 ثاني خطر صحي في العالم بعد مرض القلب "(مايو، 2001: 19).

"ولا تتوافر معلومات دقيقة حول انتشار الاضطرابات الاكتئابية في المجتمع العربي يمكن الاعتماد عليها بسبب غياب السياسة المتسقة في ما يتعلق ببحوث الصحة النفسية". (إبراهيم، 1998: 36).

ففي مصر وجد الرخاوي (1978)" أن نسبة أمراض الهوس والاكتئاب بين مرضى العيادة النفسية في مستشفى قصر العيني 4ر16٪ ". (عسكر، 1988: 20).

كما وجد عكاشة (1980) "أن نسبة هذه الأمراض تصل إلى 5ر24٪ موزعة كالآتي: 7ر19٪ اكتئاب تفاعلي، 6ر8٪ ذهان الهوس والاكتئاب، 2ر5٪ اكتئاب سن اليأس". (عكاشة 1992: 362).

وفي دراسة لإبراهيم (1991و1993)" حول مدى انتشار كثير من المشكلات النفسية والسلوكية التي تستحق الرعاية المهنية المتخصصة، بسبب شدتها وخطورتها، تبين أن الأعراض الدالة على وجود اضطرابات الاكتئاب، وباستخدام المقاييس النفسية تنتشر بين

أعداد كبيرة من الطلاب في إحدى الجامعات السعودية، بما في ذلك: الميل إلى اللوم الذاتي (64٪)، والشعور بالعجز (52٪) فقدان الشهية (49٪)، اضطرابات النوم (38٪)". (إبراهيم، 1998: 37).

وكذلك في دراسة مسحية أخرى لإبراهيم (1997)" لمدى انتشار الاضطرابات النفسية، بما فيها القلق، والاكتئاب، والعداوة، والاستعداد للمرض النفسي. وباستخدام مقاييس مقننة للاكتئاب، والقلق، والعداوة، على عينة مكونة من 1024 من الإناث و989 من الذكور من أطر ثقافية، واجتماعية، متباينة في المملكة العربية السعودية، سجلت النساء درجات مرتفعة عن الذكور في كل المتغيرات المرضية". (المرجع السابق: 38).

أما في سوريا، فقد وجد رضوان في دراسته عام 2000" حول انتشار الأعراض الاكتئابية في عينات جامعية وغير جامعية، أن انتشار الأعراض عند الذكور يبلغ (4. 9٪) وعند الإناث (7. 9٪) وبين المتزوجين (5. 3٪) وبين العزاب(9.6٪) "كما تشير الدراسة المذكورة إلى أن الإناث يعانين من درجة أشد من الاكتئاب مقارنة بالذكور، فالإناث يحصلن على درجات أعلى في المتوسط من الذكور"(رضوان، 2003:457). وفي لبنان، وجد النابلسي "أن نسبة انتشار الاكتئاب في مجتمع الحرب اللبنانية كانت 24٪، في حين وصلت نسبة الإصابة بالاكتئاب المقنع إلى 56٪" (النابلسي، 2003: 97).

كما"وجدت في دراسات أخرى أجريت في ثمانينيات القرن العشرين أن لدى النساء استعداداً للمرض بالاكتئاب ضعف الرجال (بين 26٪ للنساء مقابل 11٪ للرجال). ويعتقد إلى جانب الأسباب البيولوجية وجود عوامل مرتبطة بالتنشئة الاجتماعية، والوضع الاقتصادي والاجتماعي للمرأة، تولد الاستعداد للمعاناة من انخفاض قيمة الذات، وبالتالي للإصابة بالاكتئاب". (رضوان، 2001: 19). فالمرأة تتعرض لضغوطات حياتية يومية،

سواء أكان ذلك في العمل، أم داخل المنزل، وتمر بمراحل في حياتها تتضمن الكثير من الخبرات والمواقف المؤلمة (كاضطرابات الحمل، والولادة، والتبدلات الهرمونية، وسوء المعاملة الجنسية والاجتماعية.. إلخ) التي لا يعاني منها الرجل.

4 - تصنيف الاكتئاب:

يصعب في الوقت الراهن الاتفاق على نظام تصنيف موحد للاضطرابات الاكتئابية، وإن كان هناك اتفاق على الخطوط الرئيسة العامة. ففي الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع

تصـــنف APA الصـــادر عـــن الجمعيـــة الأميركيـــة للطـــب النفســـي DSM-IV (1994) الاضطرابات الاكتئابية ضمن طائفة اضطرابات المزاج (Mood Disorders).

وكما نلاحظ من الجدول أن الاضطرابات الاكتئابية وفق DSM- IV تقسم إلى فئتين رئيسيتين:

3 -4 -1 -الاكتئاب الأساسي (Major Depression):

يلاحظ أنه في الطبعات السابقة من الدليل الإحصائي والتشخيص الأميركي، ودليل منظمة الصحة العالمية، كانت تستخدم مصطلحات مثل نوبة وحيدة (مرة واحدة) وردة فعل اكتئابية Depressive Reaction واكتئاب داخلي المنشأ Endogen depression والاكتئاب الارتكاسي Reactive Depression وقد استعيض عنها كلها تحت التسمية العامة الاكتئاب الأساسي. وفي الدليل العاشر لتصنيف الاضطرابات النفسية الصادر عن منظمة الصحة العالمية ICD-10 1992 (انظر الجدول3) استبدل الاكتئاب الارتكاسي بتصنيفات أخرى: اضطراب اكتئابي خفيف. وله قسمان فرعيان دون أعراض جسدية، ومع أعراض جسدية، واضطراب اكتئابي متوسط الدرجة (وله أيضاً قسمان فرعيان مع، أو بدون، أعراض جسدية) واضطراب اكتئابي شديد دون أعراض ذهانية (وهو ما كان في التصنيفات السابقة يسمى الاكتئاب الهائج، أو كذلك الميلانخوليا). (عن رضوان، 2001:17).

كما نلاحظ أن كلاً من ICD – 10 وتصنيف DSM – IV يصنفان النوبات الاكتئابية على أساس الشدة، وهل تترافق مع صفات ذهانية أم لا. فالنوبة الاكتئابية الأساسية وفقاً لمبحث الأعراض العيادية (Symptomatology) يمكن تصنيفها على أساس اكتئاب لا نمطي، وفي ICD – 10 يصنف الاكتئاب اللانمطي بشكل منفصل تحت عنوان نوبات اكتئابية أخرى. وهكذا نجد أن كلاً من التصنيفين السابقين يسمحان بتشخيص الاكتئاب القصير (brief) والمتكرر، ولكن تحت عناوين مختلفة (Gelder et. al,1996,p. 208).

"إن تصنيف الجمعية الأميركية الأخير يكاد يعم العيادات النفسية في العالم، فقد اعتمد هذا التقسيم على عاملين مهمين:

الأول عامل التزامن: ويعنى بتكرار وحدّة النوبات الاكتئابية خلال فترة معينة، مما يتيح لنا التفريق بين الاكتئابات البسيطة، والاكتئابات الأساسية، وفروعهما، كما يتيح لنا عامل التزامن تحديد ما إذا كان الاكتئاب انتكاسياً أم مستقلاً.

الثاني عامل التطور: ساعد هذا العامل على تحديد الاضطرابات غير المزاجية (بعد حوادث، التهاب.. إلخ) كما يساعد أيضاً على تحديد الأسباب المباشرة، وغير المباشرة، التي أدت إلى ظهور الاكتئاب (عصابية، دورية، أولية، ثانوية) " (النابلسي، 2003: 94).

ورغم شيوع هذين التصنيفين، فإنهما لا يعتبران مرضيان كلياً، إلا أنه يبدو من غير المرجح أن يكون من الأفضل إجراء إعادة ترتيب الفئات الوصفية.. وربما سيأتي الحل عندما يتوافر في المستقبل فهم أفضل لعلم أسباب الأمراض (a etiology).

ولغاية ذلك" يمكن استخدام إما ICD-10 أو DSM- IV للتقارير الإحصائية. أما لأغلب الأهداف العيادية، فمن الأفضل وصف الاضطرابات وصفاً منظماً، بدلاً من تصنيفها. ويمكن إجراء هذا لكل حالة بإحالتها وفق الشدة (شديدة، متوسطة، خفيفة/النوع Mild, Moderate, Severe) حيث يتم وصف نوع النوبة باكتئابية، أو هوسية، أو مختلطة، وحسب سياق تقدم الاضطراب (The Course)؛ أي إذا كان الاكتئاب أحادي القطب، أم ثنائي القطب، مع إعطاء الأهمية النسبية للمسببات التفاعلية، والمسببات الباطنية المنشأ"(Gelder et. al,1996,p. 209).

ويظهر الاكتئاب الأساسي بعدة أعراض متداخلة تؤثر في القدرة على العمل، والنوم، والشهية، والاستمتاع بمباهج الحياة، مع انكسار النفس، وهبوط الروح المعنوية، وتتميز هذه الأعراض بأنها تزداد في فترة الصباح، وتقل تدريجياً أثناء اليوم، وهذه النوبات الشديدة من الاكتئاب من الممكن أن تحدث مرة، أو مرتين، أو عدة مرات، في حياة المريض. (عن أبو العزائم، 2002:4).

3 -4 -2 - عسر المزاج: (Dysthymic Disorder)

"تعود الكلمة اللاتينية Dysthymia إلى الإغريق الذين ظنوا أن الغدة الصعترية Thymus gland هي المسؤولة عن كل الانفعالات وتعني Dys السيئ فيما تشير Thymia إلى حالة العقل" (مايو، 2001: 65).

وتشكل اضطرابات عسر المزاج الشكل الثاني الرئيس من الاكتئابات. وهي حالة مزمنة من الاكتئاب الخفيف يستمر لسنوات طويلة. ويعتقد العلماء أن حوالي 3٪ من السكان يمرضون في مجرى حياتهم باضطراب عسر المزاج. وفي اضطراب عسر المزاج، يبدو أن تعكر المزاج قلما يختفي لأكثر من أيام عدة، بحيث تتحول حياة المعنيين إلى حياة مكفهرة. وكل سنتين تقريباً يظهر تحسن يستمر شهراً، أو شهرين، غير أن الاكتئاب يعود ثانية. وبعض

الأشخاص يعتادون على كونهم مكتئبين، إلى درجة أنهم يُعدّون الاكتئاب جزءاً من شخصيتهم، وليس مرضاً يمكن معالجته. وبغض النظر عن المزاج الذي يكون حزيناً وسوداوياً، يعاني المعنيون بهذا الاضطراب من أعراض شبيهة بأعراض الاكتئاب الأساسي، لكنها ليست قوية بالقدر ذاته، وهي تشمل صعوبة في التركيز واضطرابات في النوم، وفي الشهية، وانعزال اجتماعي. (م، س: 65).

ولمّا كانت الأعراض غير شديدة، أو خطيرة، كما هي الحال في الاكتئاب الأساسي، ظلّ المعنيون على المدى القصير قادرين على التصرف والحياة. غير أنه على المدى البعيد تتضرر علاقاتهم وحياتهم المهنية، لأن الأعراض تكون مزمنة. (عن رضوان، 2001: 18).

وتزداد المعاناة من الاكتئاب عندما يجتمع الاكتئاب الأساسي، مع اضطراب عسر المزاج، إلى جانب بعضهما، بحيث يتم قطع الحالة المزمنة بشكل دوري، من خلال أطوار شديدة، ويسمى عندئذ "الاكتئاب المضاعف" (م، س).

ويذكر بعض الباحثين أن الذين ظهر لديهم الاضطراب في سن الرشد عانوا سابقاً من مشاعر الاكتئاب الأساسي في مرحلة الطفولة، أو المراهقة، ولم يشفوا منه. وعلى الرغم من أن اضطراب عسر المزاج يمكن أن يظهر في كل الأعمار، فإنه يبدأ غالباً بشكل أبكر من الاكتئاب الأساسي، فهو يبدأ في الطفولة، أو اليفوع، أو سن الرشد المبكر. (عن مايو، 2001:65) (عن رضوان، 2001: 19).

كما أن هناك تصنيفات أخرى لأغراض عملية، أو لأغراض طبية شائعة في الممارسة العيادية، تقوم على أسس تصنيفية، ونظرية، متنوعة، كتصنيف الاكتئابات وفق المرحلة العمرية، أو وفق الأسباب، سواء أكانت داخلية أم خارجية. نورِد في ما يلي بعضاً منها:

آ - الاكتئاب الارتكاسي(Reactive depression):

يرتبط ظهور هذا الاكتئاب بوجود مواقف، أو أحداث خارجية، أو ظروف تلم بالشخص (فقدان عزيز، طلاق، فقدان ثروة.. إلخ) في هذه الحالة تكون الاستجابة مرتبطة بالموقف، إنه رد الفعل الطبيعي للعوامل البيئية، وهو النتيجة المنطقية للظروف المسببة له، ولذا سمي أيضاً بالاكتئاب خارجي المنشأ (psychogenesis). (عن العفيفي، 1990: 13).

ب - الاكتئاب العصابي (Neurotics depression):

وهي التسمية القديمة القائمة على تصنيف الاضطرابات النفسية، فإمّا أن تكون عصابية، وإمّا ذهانية، والفرق بين الاكتئاب العصابي، والاكتئاب الارتكاسي، فرق في

الدرجة فقط، لأنّ كلاهما يقعان على الفرد بسبب حادثة مؤلمة غير سارة، كفقدان الفرد لعمله، أو لماله. وإذا كان الاكتئاب السوي حالة من الحزن والحداد يستعيد بها الإنسان اتزانه بعد فترة معقولة، فإن الاكتئاب العصابي حالة من الحزن والحداد أشد في وقعهما وتأثيرهما، كما أنها تمتد لفترة زمنية أطول بكثير من فترات الحزن العادية، مع شعور المريض بالقلق والتوجس من المستقبل، فهو حزين مغموم، لكنه يستجيب للتشجيع والطمأنينة والتخفيف من حزنه وآلامه من قبل الآخرين. (عن الحاج، 1987: 70)،

ج - الاضطراب الهوسي - الاكتئابي (Manic depressive psychosis):

ويسمى بالاضطراب الدوري، إذ يمر المريض بأطوار من الاكتئاب والهوس، تفصل بينهما فترات زمنية مختلفة يكون فيها المرضى بين الأطوار أصحاء. (عن عكاشة، 1992: 346).

ولهذا النوع عدة أسماء، مثل الاكتئاب داخلي المنشأ (endogenous depression) أو الاكتئاب الذهاني، ويرتبط هذا النوع بحالة نفسية داخلية تعود إلى اضطراب في الجهاز العصبي المركزي، ويعدّ هذا الشكل أشد خطراً من النوع الارتكاسي، وعادةً ما يكون علاجه مزيجاً من العلاجات النفسية والدوائية، وربما بعض الجلسات الكهربائية (Beck et. al,1979,p. 363).

يعدّ هذا النوع أشد خطراً، لأنه لا يصيب مشاعر المريض وعواطفه، فحسب، بل يصيب كثيراً من قدراته الأخرى السليمة، وعلاقاته الاجتماعية، وتشويه إدراكه لنفسه وللعالم المحيط به. وقد يصبح المريض خطراً على نفسه، لتعبيره عن قمة عجزه وإحساسه باليأس فينتحر. (إبراهيم، 1998: 19).

د - الاكتئاب الموسمي (Seasonal departion):

يطلق على فترات الاكتئاب المرتبطة بتغير الموسم؛ أي بتغير حالة الطقس والمناخ، فهو يظهر لدى بعض الأشخاص، وفي شهور معينة من السنة (في الشتاء خاصةً)، أو تعاود بعض الأعراض للظهور في الفترات الانتقالية بين الفصول في فصل الربيع، أو الخريف مثلاً، كما لوحظ ارتباط بين درجات الحرارة والرطوبة، وبين ظهور بعض أعراض القلق والاكتئاب.

ويتبدى هذا النوع من الاكتئاب على شكل رغبة في الانعزال، والميل إلى الحزن، مع ميل شديد إلى الأطعمة الغنية بالدهون والكربوهيدرات). (عن أبو العزائم، 2002:5).

وتضيف الباحثة للاكتئاب الموسمي التشريطي؛ أي المتعلق بحادثة معينة مؤلمة، حين يمر الفرد بالاكتئاب في وقت الحادثة من كل سنة، وعند تذكر تلك الحادثة المؤلمة.

هـ - اكتئاب أثناء الحمل وبعده:

يعدّ الاكتئاب الذي يظهر في أثناء الحمل اكتئاباً انفعالياً في سماته، غالباً ما يتبعه الإحساس بالسعادة. وقد ترجع الأسباب إلى عوامل نفسية متعددة مثل: عدم الرغبة بالحمل، التغييرات الناتجة عن الحمل، سواء أكانت المتعلقة بتغيير نمط حياة الزوجين، أم في التخوف من إنجاب طفل غير طبيعي، أم أفكار مرضية مصحوبة بالاكتئاب.

أما اكتئاب ما بعد الحمل، فيرجع إلى حد كبير إلى التغييرات البدنية والهرمونية التي تحدث في جسم المرأة بعد الولادة، إذ تظهر الأعراض التالية: إحساس بالدوخة، سرعة الاستثارة، إحساس دائم بالإرهاق، تأخر في عودة الرغبة الجنسية، انشغال البال، الميل إلى العزلة، عدم الاهتمام بالطفل، والصعوبة في التركيز والانتباه. ولا يحتاج هذا النوع من الاكتئاب إلى علاج، إذ إن غالبية النساء يزول عنهن تدريجياً. أما إذا استمر لعام كامل مثلاً؛ فعندئذٍ تصبح الحالة مرضية، وتستوجب العلاج، لأنه يمكن أن ينذر بظهور اضطرابات أخرى أكثر خطورة (اكتئاب ذهاني)، أو يزيد في احتمال تعرض المرأة لنوبات متكررة من الاكتئاب(عن مايو، 2001: 72).

وتعتقد الباحثة أن هذا النوع من الاكتئاب متوقف على شخصية المرأة في مرحلة ما قبل المرض، من حيث تعرضها لاكتئابات سابقة، أو لفقدان الدعم والمساندة الاجتماعية، أو لسوء معاملة.. إلخ.

و - اكتئاب الطفولة:

يمكن أن يصاب الأطفال بالاكتئاب، وغالباً ما يظهر على شكل شكاوى جسدية (آلام في البطن، صداع، إحساس بالمرض... إلخ). ويستدل على اكتئاب الطفولة بالكآبة وفقد الاهتمام، وفقدان الشهية والبكاء، والنوم المضطرب، وغالباً ما يحاول الطفل الابتعاد عن المواقف المؤلمة بالهروب بعيداً. (عن فهيم، 1996: 64).

ز - اكتئاب المرحلة الارتدادية:

ويعتقد أن لهذا النوع من الاكتئاب علاقة بالتغيرات الهرمونية التي تحصل في المراحل الحرجة من الحياة، وهو أكثر ملاحظة لدى النساء منه لدى الرجال، حيث يضعف النشاط الوظيفي للغدد الصماء (الهرمونات)، ويظهر بنسبة أعلى بين النساء عن الرجال، فيتعرضن للصعوبة حين يبلغن الخمسين من العمر. وهنا لا يوجد ضعف حركي - نفسي كعرض من أعراض الاكتئاب، بل تصاب المرأة بالهياج، يضاف إلى ذلك شعور بالقلق الشديد، وبالمراقبة المبالغة للصحة أيضاً.

وبالمثل عند الرجال حين يقتربون من سن الستين، إذ يعتقدون أن أحلامهم لم تتحقق، ويشكون في معنى الحياة، ويشعرون غالباً بالحزن لإدراكهم أنهم لن يسيروا قدماً في الحياة، ولن يكملوا طريقهم الذي تمنوا تحقيقه، فيعزفون عن العمل مبكراً وعن الحياة. (م، س: 70 -71).

ح - اكتئاب سن الشيخوخة:

تزداد احتمالات الإصابة بمرض الاكتئاب لدى كبار السن (65 عاماً وما فوق)، ويتطلب ذلك فحصاً طبياً دقيقاً من ناحية التشخيص والعلاج، وخاصة عند توافقه مع أمراض عضوية (أورام، شلل.. إلخ). وهناك أسباب كثيرة وراء الاكتئاب في الشيخوخة، سواء أكانت تغيرات جسدية ونفسية في هذه المرحلة، أم تغيرات عقلية، كضعف الذاكرة، وتراجع القدرات العقلية. فضلاً عن ظروف التقاعد عن العمل، والبعد عن المجتمع، وعدم اهتمام الأقارب بهم وفقدان الأصدقاء. وقد يزيد الأمر سوءاً حين يفقد شريك حياته، أو عزيزاً لديه. فضلاً عما يجول في خاطر المسنين من شعور بالاستغناء عنهم، وعدم الحاجة إليهم، وأنه لم يعد مرغوباً في وجودهم، بعد أن أدوا وظيفتهم في الحياة، ولم يعد لديهم ما يفعلونه، وهو بانتظار النهاية التي تحول دون استمتاعهم بالحياة في أيامهم الأخيرة. (عن الشربيني، 2001: 212،150).

ورغم العوامل الكثيرة المساعدة على حدوث الاكتئاب للمسنين (صحية، مالية، اجتماعية، نفسية.. إلخ) فهذا لا يعني أن الاكتئاب سيرافق كل شخص تقدم في العمر.

ط - الاكتئاب الذي يسبق الطمث:

يسبق دورة الطمث عند المرأة تغييرات مفاجئة في المزاج، سرعة الإستثارة، والبكاء، وضعف في التركيز، وفقدان الطاقة، وخمول وثقل في الحركة، واستغراق في النوم. هذه الأعراض تختلف في الشدة بين مختلف النساء، فبعضهن لا يعانين إطلاقاً منها، وبعضهن الآخر تشكل هذه الأعراض مشكلة لديهن، تستوجب العلاج النفسي والدوائي أحياناً. (عن فهيم، 1996: 86).

إن الاختلاف في شدة الأعراض بين مختلف النساء يضع تساؤلاً حول كيفية استجابة الفتاة للتغيرات الهرمونية، هل استجابت بالتوتر، أم بالكيف، أم بزيادة التمارين الرياضية، أم بزيادة أم نقصانه.. إلخ.

ي - الاكتئاب المقنع:

يظهر الاكتئاب أحياناً بصورة أعراض جسدية، حيث" يشكو المكتئب من وجود مرض

عضوي يعاني منه. (اضطراب هضمي، قلبي، دوراني.. إلخ) فيلبس قناعاً دفاعياً يخفي به اضطرابه النفسي بتحويله إلى صورة شكاوي جسدية. وقد يلبس المريض قناعاً آخراً يتجلى في ما يسمى بالمسرة الظاهرية (الاكتئاب المبتسم الضاحك Smiling –Depression "(حجار، 1998: 123).

إن الاكتئاب المقنع أكثر ظهوراً من غيره من الاكتئابات الأخرى، وهذا ما لاحظته الباحثة من خلال متابعة بحثها في العيادات الخارجية النفسية، وربما يعود ذلك من جهة إلى عدم تعود المرضى في الشرق عن التعبير عن أنفسهم، وشعورهم بدقة، أو لخوفهم من المرض النفسي من جهة أخرى.

ك - الاكتئاب اللا نمطي:

"هونوع نادر، فالمريض الذي يعاني من الاكتئاب اللانمطي بصفة عامة لديه شهية أكثر من المعتاد، وينام ساعات طويلة أكثر من اللازم، وأحياناً يستطيع الاستمتاع بالأوقات السعيدة، مثل الحفلات، بالرغم من أنه لا يسعى لحضورها، وهذا يحدث بالعكس لمريض الاكتئاب العادي الذي يعاني من نقص الشهية، واضطراب في النوم، وفقدان الاستمتاع بأي شيء. وبالرغم من ذلك الاسم، فإن الاكتئاب اللا نمطي قد يكون في الحقيقة أكثر شيوعاً من الأنواع الأخرى من الاكتئاب". (أبو العزائم، 2002: 4).

ويكون الاكتئاب في كل نوع من الأنواع السابقة خفيفاً، أو متوسط الشدة، أو شديداً، وهذا يتحدد بشدة الأعراض، ودرجة العجز الذي يصيب المريض. (عن حجار، 1991:78).

3 -5 أهمية علاج الاكتئاب:

تأتي أهمية علاج الاكتئاب من:

1 -5 -1 -أن التغلب على أعراض الاكتئاب يؤدي إلى عودة المصابين به إلى حياتهم الطبيعية الإنتاجية، " إذ يتحسن 8 أشخاص تقريباً من كل 10 مصابين بالاكتئاب عند تلقي العلاج الصحيح". (مايو، 2002: 77).

1 -5 -3 -ازدياد نسب انتشاره (انظر صفحة انتشار الاكتئاب) في المجتمعات العربية، " بالرغم من أن معظم أعراضه تكون متخفية بأعراض جسدية، وهنا تشكل خدمات الصحة النفسية بجوانبها العلاجية والتشخيصية والوقائية مطلباً ملحاً للمواطن العربي". (عياد والشربيني، 1995: 71).

1 -5 -4 -انتشار الأمراض النفسية، بما فيها القلق والاكتئاب، بصورة كبيرة بين الشباب صغيري السن (مرحلة المراهقة) وما يتعرض له هؤلاء من ضغوطات نفسية واجتماعية، تتعلق بهذه المرحلة وحاجاتها. (عن الشربيني، 2001: 85).

1 -5 -5 -ارتباط الانتحار بالاكتئاب، إذ " تبين أن نسبة 80٪ من حالات الانتحار تسود لديهم أعراض اكتئابية". (الشربيني، 2001: 183).

1 -5 -6 -أن فرص الشفاء من المرض الجسدي تطول إذا كان المرض مصحوباً بالاكتئاب، بينما تزداد فرص الشفاء إذا كان المريض من النوع المبتهج، حيث يكون المكتئب أقل ميلاً إلى الالتزام بالعلاج. (عن مايو، 2002:24).

1 -5 -7 -أن تعرض بعض البلدان العربية(لبنان، فلسطين، الكويت، العراق..) لمعارك حربية تنتهي بفقدان الأقارب والأصدقاء يجعل أفراد هذه البلدان مستهدفين استهدافاً كبيراً للاضطرابات النفسية. (عن إبراهيم، 1998: 41).

1 -5 -8 -أن الإرهاقات النفسية والاجتماعية الناجمة عن انخفاض دخل الفرد، ارتفاع سن الزواج.. إلخ، تجعل من المواطن العربي أكثر استهدافاً من الاضطرابات النفسية، كالاكتئاب. (عن عكاشة، 1992: 366).

1 -5 -9 -أن علاج الاكتئاب المترافق مع التمارين والغذاء الصحي يخفف من المخاطر المرتبطة باللياقة المتدنية والوزن غير الصحي. (عن مايو، 2001: 25).

1 -5 -10 -أن علاج الاكتئاب يخفف من خطر الإصابة بنوبة قلبية، أو خطر ارتفاع ضغط الدم الشرياني.(م، س).

1 -5 -11 -أن عدم علاج الاكتئاب يمكن أن يؤدي إلى مشكلات أخرى، كالإدمان على الكحول، أو المخدرات، أو العقاقير، التي تجعل المكتئب يدور في حلقة مفرغة، لأن الإدمان قد يؤدي به إلى الاكتئاب، أو يزيد من حدته. (م. س).

1 -5 -12 -أن عدم علاج الاكتئاب يساعد على عودته في فترة لاحقة بشكل أكثر قوة، وأطول مدة، وأكثر صعوبة في العلاج. (Bazire,2000,p. 39).

- وترى الباحثة أن الأزمات والضغوطات الحياتية التي يعاني منها الأفراد في المجتمعات العربية، صغاراً وكباراً، ذكوراً وإناثاً، وبنسب متفاوتة، سواء المتعلقة بالأوضاع الاقتصادية كتأمين سبل العيش بكرامة، أم المتعلقة بالأمور الاجتماعية، كتكيفه مع أقاربه وجيرانه وزملائه في العمل، أم المتعلقة بالأمور النفسية، كقدرته على تحقيق التوازن بين قدراته

وإمكاناته التي يتمتع بها، وبين ما هو مطلوب إليه. كل ذلك سيشكل الأرضية الخصبة لنمو الأعراض الاكتئابية.

تفسيرات الاكتئاب

توطئة:

4 -1 التفسير وفق العوامل الوراثية.

4 -2 التفسير وفق العوامل البيوكيميائية.

4 -3 التفسير وفق العوامل المعرفية -السلوكية.

4 -4 التفسير وفق عوامل التحليل النفسي.

4 -5 التفسير وفق العوامل الفينومينولوجية الوجودية.

4 -6 التفسير وفق عامل الإرهاق وأحداث الحياة.

توطئة:

تتعدد العوامل التي تحاول تفسير الاضطرابات الاكتئابية وعوامل نشأتها، إذ يقدم كل تفسير خطة علاجية تسير وفقه. وبمقدار ما تتعدد هذه العوامل، أو النظريات، أو المبادئ بمقدار ما تقدم للمعالج النفسي خططاً علاجية جديدة تزيد في فهمه للاكتئاب تشخيصاً وعلاجاً. ومن أهم هذه العوامل المفسرة ما يلي:

1 - العوامل الوراثية:

يمكن للعوامل الوراثية (Genetic) أن تؤدي دوراً في حدوث الاضطرابات الاكتئابية مختلفة الأشكال، وتشيرالدراسات على التوائم مثلاً، فيما يتعلق بالمرض الهوسي الاكتئابي (Manic-Depressive) إلى أن تطور مرض ثنائي القطب لدى واحد من توأمين حقيقيين، فإن النسبة تكون عالية جداً (50٪ إلى 75٪)، على خلاف ذلك، إذا تطور مرض ثنائي القطب لدى أحد طرفي توأمين غير حقيقي، فإن احتمال تطور المرض ذاته لدى التوأم الآخر سوف تكون نسبته من 15 إلى 25٪، وإذا تطور مرض ثنائي القطب لدى أحد الوالدين، أو أحد الأخوة؛ أوالأخوات غير التوأمين؛ فإن أرجحية تطور المرض تكون بنسبة 10٪" (Burns,1991,p. 429).

لكن الأمر مختلف في ما يتعلق باضطراب الاكتئاب، حين تعذر وجود أثر واضح لدور الانتقال الوراثي للاكتئاب الخالص، وذلك من خلال بعض الدراسات التوأمية الحقيقية،

والوراثة العائلية. إذ أن نسبة التشابه في الإصابة بالاكتئاب (ذهاني أو ارتكاسي) بين التوائم المتماثلة الذين نشأوا متباعدين ليست ذات دلالة، حيث أن 40 ٪ من حالات التوأم المتشابهة يصاب بها التوأمان معاً بالاكتئاب؛ أي إن هذه الاختلافات بين التوائم لا بد وأن تشير إلى وجود عوامل أخرى بيئية، هي التي تحول الاستعداد الوراثي إلى حقيقة وواقع؛ بمعنى أن المورثات الجينية هي مسؤولة جزئياً فقط عن المرض، إذن لا بد لها أن تلتقي وتصطبغ بعوامل نفسية اجتماعية أخرى توجهها إلى المرض، أو إلى الصحة. (عن إبراهيم، 1990: 103) (عن عكاشة، 1992: 363).

2 - العوامل البيوكيميائية:

يقوم أساس هذه العوامل على محاولة إيجاد تغيرات بيوكيميائية في المواد العصبية الناقلة، التي ربما تكون مسؤولة عن تطور الاستجابة الاكتئابية وظهورها، وقد اكتسب هذا التفسير أهمية كبيرة، في السنوات القليلة الماضية، مع تقدم الوسائل الجديدة لفهم آلية عمل الدماغ (التصوير بالرنين المغناطيسي)، حيث كشفت بعض الدراسات عن ارتباط الاكتئاب بتغيرات في وظيفة بعض الخلايا. ولدى مقارنة مجموعات من المكتئبين، وغير المكتئبين، كشفت عن نشاط أقل في بعض مساحات دماغهم، مما يفعل الأشخاص غير المكتئبين الدراسات. (عن مايو، 2001: 49).

ومن المعروف أن الدماغ يتألف من أقسام مختلفة، تقوم بأنواع مختلفة من الوظائف، ويعتقد أن الجهاز العصبي الحُوفي **limbic system** مرتبط بالسيطرة على الانفعالات وتنظيمها؛ مثل البهجة، الحزن، الغضب، إلخ.

إن الأعصاب في الدماغ هي التي تنشئ الدارات الكهربائية فيه، إذ عندما يتم تنبيه العصب، فإنه يرسل إشارة كهربائية على طول المحور العصبي (الجزء الرفيع من العصب) إلى نهاية العصب، ومنه إلى الأعصاب الأخرى عبر مواد كيميائية تسمى نواقل عصبية **(Neurotransmitters)** موجودة في سائل المشبك **Synapse** بين عصبين، عصب قبل المشبك، والعصب بعد المشبك، وظيفتها توصيل الرسائل القادمة والعائدة من الأعصاب المختلفة.

إن كل نوع من الأعصاب يستخدم نوعاً مختلفاً من النواقل العصبية، لذلك يوجد العديد منها في الدماغ، وتتألف هذه النواقل من عناصر كيميائية مصنعة من أحماض أمينية في الطعام الذي نتناوله، يتكاثف وجودها في الجهاز العصبي الحُوفي **limbic system**. ومن هذه

النواقل ثلاثة موجودة فيه: سيروتينينSerotonin، " دوبامين "Dopamine " نوريبينيفيرين " Nor epinephrine ويرجع الباحثون أن المحافظة على التوازن المزاجي يحتاج إلى توازن في العناصر الأمينية السابقة. والاكتئاب هو إحدى الاستجابات المرجحة، إذا نقص وجود هذه العناصر، أو أحدها. والهوس هو الاستجابة المرجحة إذا زاد وجود هذه العناصر وتكثيفها. (عن إبراهيم، 1998: 104) (عن Burns,1991,pp433-440)، ومؤخراً جرى تعديل بسيط على هذه النظريات المرتبطة بالأمينات، فلم يعد بعض العلماء يعتقدون بأن نقص السيروتينين، أو زيادته، هو ما يسبب الاكتئاب أو الهوس، وإنما بدلاً من ذلك يفترض أن الشذوذ في واحد، أو أكثر، من المستقبلات على غشاء العصب هو الذي قد يقود إلى حالة غير سوية للمزاج. ويستشهد الباحثون بالدلائل التالية:

أولاً: "إن الأعراض الجسدية للاكتئاب الشديد تدعم فكرة أن التغيرات العضوية قد تكون ذات صلة. وهذه الأعراض الجسدية تتضمن الاهتياج (النشاط العصبي المتزايد، كتسارع الخطى، وطقطقة اليدين) أو الإعياء الشديد (فتور الشعور واللامبالاة والكسل) أو اضطرابات في النوم (وأكثرها شيوعاً الأرق) الإمساك، تبدلات الشهية إلى الطعام، الصعوبة في التركيز، فقدان الرغبة الجنسية". (Burns, 1991, p. 432).

ثانياً: إن بعض العقاقير التي تستخدم في علاج ارتفاع ضغط الدم تؤدي إلى زيادة في نوبات الاكتئاب لدى الأفراد المستهدفين للإصابة باضطراب المزاج، إذ إنها تؤدي إلى انخفاض مستويات الأمينات في المخ، ومن ثم إلى تفجر النوبة الاكتئابية. وكذلك العقاقير التي تعمل على زيادة، أو نقصان، نسبة الأمينات في المخ، تؤدي إلى تزايد، أو انخفاض، في مستوى النشاط واليقظة، وهذا ما أشارت إليه دراسات تجريبية، تؤكد ارتباط الاضطراب الوجداني عموماً في تغير مستوى النشاط. (عن إبراهيم، 1998: 105).

ثالثاً: "يصاحب مرض المكسيدما (نقص إفراز الغدة الدرقية) أعراض اكتئابية شديدة في حوالي 40٪ من الحالات، بل تبدأ الحالة أحياناً بهذه الأعراض النفسية قبل ظهور العلامات العضوية الجسدية". (عسكر، 1988: 27).

رابعاً: تظهر الأعراض الاكتئابية عندما يتغير نشاط الهرمونات الجنسية (قبل الطمث، أثناءه، منتصف العمر تقريباً) (م. س).

خامساً: " إن هذه الأمينات يزداد إفرازها تحت ظروف الإثارة النفسية، وإن نوعية العوامل النفسية والبيئية تتحكم في نسبة إفراز كل من النورأدرينالين، والأدرينالين"(زيور، 1975:26).

إن تأكيد صحة التفسير الأميني للاكتئاب، والتغير في نشاط الدماغ، يطرح التساؤل عن العوامل التي تؤدي دوراً في إحداث هذه التغيرات، فأدمغتنا تتغير تغيراً مفاجئاً، مثلاً عندما نشعر بالسعادة، أو الغضب، أو الخوف، فهل هذه التغييرات هي سبب السعادة، أم الغضب، أم الخوف، أم نتيجة عنه.

إن حل هذه المشكلة ليس أمراً سهلاً، لأنه ما زال من الصعب لدينا الحصول على معلومات دقيقة حول العمليات البيوكيميائية التي تتم في الدماغ البشري، وهذا ما يدعو الباحثين للبحث العلمي، واستخدام الوسائل الحديثة المتطورة، كالتصوير بالرنين المغناطيسي.

3 - العوامل المعرفية ـ السلوكية:

ضمن النظريات المعرفية لتفسير الاكتئاب، هناك مبادئ عدة تسعى إلى تفسير الاكتئاب، يتفق أصحابها في إعطاء الأهمية للعمليات الأساسية للتفكير، ودورها في نشوء الاكتئاب وحدوثه، وتختلف في ما بينها في أي الأنماط المعرفية للتفكير له دور الحاسم والأساسي في حدوثه. ونذكر من هذه العوامل:

4 -3 - 1 تفسير سيلغمان: Seligman

اقترح سيلغمان Seligman1975 " نظرية تعلّم اليأس، وقلة الحيلة، والإحساس بالعجز، كأساس للاكتئاب، وركّز على أن توقع عدم إمكانية السيطرة على الأحداث ستؤدي إلى أعراض اكتئابية في الجوانب الدافعية والمعرفية والانفعالية، ظهر ذلك من خلال سلسلة من التجارب أجراها سيلغمان على الحيوانات ليثبت أن الاكتئاب استجابة نتعلمها عندما نتعامل مع مواقف ميئوس منها. "(إسماعيل، 1995: 156).

ورغم الانتقادات التي وجهت للعلاقة الارتباطية بين العجز المتعلم والاكتئاب، سواء أكان من حيث تعميم سيلغمان نتائج تجاربه على الحيوان إلى الإنسان، أم من خلال عدم كفايته (العجز المتعلم) لقيام مزاج اكتئابي، إذ إن مواقف كثيرة في الحياة لا يستطيع الفرد السيطرة عليها، ومع ذلك فلا تؤدي به للاكتئاب.. فإن نظرية سيلغمان قدمت بعض الملاحظات عن العلاج، والخروج من حالة اليأس المكتسب، وامتلاك الأمل. وهذا ما قام به المعالجون المعرفيون في ما بعد، وذلك عبر التدريبات على سلوكات جديدة تكسب الأمل للمتعالج.

4 -3 -2 تفسير ليفنسون Lewinsohn

"يستند تفسير ليفنسون Lewinsohn 1979 للاكتئاب إلى نظرية التعلم الإجرائي، والذي يعود فيه الفضل إلى سكنر في الكشف عما أطلق عليه الإشراط الإجرائي، لأنه أحد أساليب التعلم (منصور، 291:1993).

ويرى ليفنسون أن الاكتئاب يحدث نتيجة مباشرة لسلوك تعزيز معتاد، مثار مثلاً من خلال فقدان الشريك، أو العمل... إلخ. إن التكرار المنخفض للمعززات الإيجابية يقود إلى تخفيض النشاطات، وهذا بدوره يقود إلى الايَخبر المريض إلا القليل من المعززات الإيجابية، ويصبح بالتالي أكثر اكتئاباً، وأقل تعزيزاً، وهكذا دواليك". (غراوه وآخرون، 1999:195) فعندما "يتوقف الشخص عن ممارسة نشاطاته المعتادة التي كانت تلقى التعزيز من قبل بسبب فقدان موضوع الحب، وفقدان أي مجال من مجالات النشاط الاجتماعي أو المهني، (موت، طلاق، فقدان العمل.. إلخ) تصبح أنماط السلوك الجديدة هي المصدر الرئيس للتعزيز، أي إن أنماط الرثاء والعطف التي يلقاها المكتئب، تتحول إلى مصدر رئيس من مصادر تطور الاكتئاب وتعزيزه أكثر فأكثر"(إبراهيم، 1998: 144).

إن تفسير ليفنسون للاكتئاب، بافتراض أن التعزيز الإيجابي يؤدي إلى تحسن أعراض الاكتئاب، وإنقاص هذا التعزيز، يؤدي إلى حدوث الاكتئاب، يدعم ربما التفسير البيوكيميائي في أن هذا التعزيز يؤدي إلى استثارة الخلايا العصبية على العمل مثل زيادة أمينات الكاتيكول Catecholamines وتشمل النورأدرينالين Noradrinaline والدوبامين Dopamine والتي تعمل على زيادة النشاط والقدرة على العمل، والتخلص من التأخر النفسي والحركي. (عن عسكر، 1988: 49) (عن زيور، 1980: 25) وهذا ما بنى عليه ليفنسون في ما بعد نظريته في العلاج، باستخدامه مجموعة من التقنيات السلوكية تعمل على تدعيم أداء نشاط المتعالج.

4 -3 - 3 تفسير بيك Beck:

يعتبر نموذج بيك Beck من النماذج النفسية المهمة في تفسير الاكتئاب، ويفترض هذا النموذج أن "الاضطرابات الاكتئابية تنشأ على أساس الاضطرابات المعرفية، إذ تتصف البنى المعرفية بالتشويه بدرجات مختلفة. والتشويهات المعرفية (أو الأخطاء المعرفية) هي شكل من التمثل غير الملائم للمعلومات، بوصفها استنتاجات عشوائية، وتجريدات انتقائية، وتعميمات مفرطة، وتضخيم Magnification وتفكير أخلاقي مطلق و(شخصانية) Personalization.

الأمر الذي يقود إلى أن يصبح محتوى هذه المعرفيات عند المكتئبين مشحوناً بالنظرية السلبية للذات، والعالم، والمستقبل، الذي يطلق عليه بيك تسمية الثالوث المعرفي Cognitive Triad ويعتقد أن هذه المواقف السلبية مسؤولة عن كثير من الأعراض الاكتئابية، وتؤثر في المجال الانفعالي والدافعي والسلوكي". (رضوان، 2003: 458 -459).

ومن خلال تفسير بيك، يمكن أن نفهم الأعراض الاكتئابية من منطلق النماذج المعرفية السلبية، فالمكتئب مشلول الإرادة، متشائم، يائس، لا دوافع لديه للعمل، يرى بأن مشاكله لن تحل، وهذا كله ينتج وفق تفسير بيك عن توقع المكتئب للنتائج السلبية (معرفياته السلبية) حتى باقي الأعراض (الجسدية، الانفعالية.. إلخ) يمكن تفسيرها وفق هذا المنظور.

4 -3 -4 - تفسير ريم Rehm:

قدّم ريم Rehm 1977 تفسيره للاكتئاب "على خطا نموذج الضبط الذاتي (– self Control theory) الذي اقترحه كانفير(Kanfer 1970-1971)، والذي يوضح فيه استمرار سلوكات معينة في حال غياب التعزيز من منطلق التغذية الراجعة لضبط الذات التكيفي.

واقترح Kanfer أن هنالك ثلاث عمليات متداخلة ترتبط بعملية تنظيم الذات، وهي: مراقبة الذات (Self –Monitoring)، تقييم الذات (Self–Evaluation)، تعزيز الذات(Self-Reinforcement). ثم كيّف ريم Rehm هذا النموذج لكي يشرح الطبيعة متعددة المتغيرات للأعراض الاكتئابية. ولهذا تمّ تصور أعراض الاكتئاب على أنها انعكاس لست نقاط نقص وعجز في سلوك ضبط الذات، ففي مرحلة مراقبة الذات، تتضمن نقاط النقص في المراقبة الانتقائية للأحداث السلبية، والمراقبة الانتقائية للنتائج الفورية، مقابل النتائج المؤجلة للسلوك. وتتألف نقاط النقص في تقييم الذات من معايير داخلية صارمة، وعزو المسؤولية للذات بشكل غير دقيق (الفشل للذات والنجاح للآخر). أما نقاط النقص في المرحلة الثالثة، وهي تعزيز الذات، فتتضمن مكافأة الذات بشكل غير كاف، ومعاقبة مبالغ فيها. (Dobson,1988,p. 26).

وتبعاً لنموذج ريم Rehm يكون تنوع الأعراض في الاكتئاب السريري وظيفة لهذه المجموعات المختلفة من نقاط النقص، والأكثر من ذلك أن هذا النقص قد يوجد بدرجات مختلفة بين الأفراد، يمكن ملاحظته قبل النوبة الاكتئابية. وتكرار حدوث نوبات الاكتئاب

يكون أيضاً وظيفة مشتركة بين الإرهاقات النفسية، وفقاً لشدتها، والمعاناة منها، ومهارات ضبط الذات المتوافرة لمواجهة الحالة المسببة للإرهاق. (م. س).

وهكذا نرى أن ما يميز نموذج ضبط الذات لريم هو تحديده وتوحيده لمجموعة واسعة من المتغيرات المعرفية والسلوكية التي تظهر لدى المكتئبين كالانتقائية، والقفز إلى النتائج، والعزو الداخلي والخارجي، والتعزيز، والمراقبة الذاتية، والمعايير المتشددة(الينبغيات).. إلخ.

4 -3 -5 مبدأ العزو:

قام أبرامسون وآخرون (Abramson,et al 1978) بإعادة صياغة نظرية سيلغمان، ملقياً الضوء على المؤثرات المعرفية في تفسيره، فاقترحوا "إن الضعف الناتج عن عجز المتعلم لا يعتمد فقط على توقع عدم القدرة على التحكم في المثيرات المكروهة وغير المضبوطة، إنما يعتمد أيضاً على المسببات التي تجعل الفرد يفسر فشله الذي حدث بالفعل". (عسكر، 1988: 65).

بعد ذلك، قام كلٌ من أبرامسون وسيلغمان وتيسيديل (Abramson، Silgman & Tesdeale، 1987) بإعادة صياغة النظرية من خلال إدخال عمليات العزو (Attribution Processes) فاقترحوا بعزو ما يصفه الفرد من إدراك عدم إمكانية حدوث الأفعال والنتائج (العزو الشخصي) إلى مصدر التوقعات اللاحقة بعدم إمكانية تحقيقها في المستقبل. ولقد اقترحوا أبعاداً ذات قيمة لعلاقة عجز المتعلم بالاكتئاب، شملت الأبعاد التالية: عزو داخلي Internal وعزو خارجي External. وكل من هذين البعدين يتضمن بعدين فرعيين، ثابت، وغير ثابت. (عن رضوان، 2002: 99).

إن نمط العزو الذي يمكن أن يقود إلى أسلوب غير مناسب من التوقعات، وإلى العجز المتعلم، هو أسلوب العزو الداخلي، والعام، والثابت (المرجع السابق). ففي الحالات المرضية، كحالة الاكتئاب مثلاً، يكون الشخص أكثر اكتئاباً إذا كان العجز منسوباً إلى الفشل، ويكون الافتقار إلى الضبط داخلياً (هذا هو خطاي) وعاماً (أنا غير آهل، أو صالح) وخاصاً (سأظل هكذا). بينما ما ينسب إلى النجاح يكون خارجياً (أنا محظوظ) ومحدود (في هذا الموقف الاستثنائي) وغير ثابت (في هذه اللحظة فقط). (عن عسكر، 1988: 65).

لقد حاولت هذه النظرية الخروج من دائرة النموذج الكلاسيكي للمثير والاستجابة، باقتراحها عوامل أخرى تتوسط العلاقة السابقة التي تسبب الاكتئاب، وقد تكون ضرورية لحدوث الاكتئاب.

4 - عوامل التحليل النفسي:

4 - أ - التفسير التحليلي - الفرويدي:

يقارن فرويد Freud في كتابه " الحداد والميلانخوليا" 1917، الاكتئاب مع الحزن العادي (السوي). " ففي حين أن كليهما يمكن أن يحدث كردة فعل لفقدان شيء محبوب، إلا أن الاكتئاب قد يحدث عند الأشخاص الذين لديهم استعداد خاص لفقدان شيء متخيل، أو غامض، يرى فيه هؤلاء الأشخاص سلباً للأنا، كما نرى اتهامات الذات عند الشخص الاكتئابي تتجلى في عدائه تجاه الشخص المحبوب المفقود" (Beck,1994,p. 246).

والاكتئابي فرد يشعر دائماً بأنه مهدد بتفجير شديد لعدوانيته، ويصل خوف الاكتئابي ذروته من عدوانيته، التي يراها في المستوى المتخيل (اللاشعوري) مطلقة القدرة، فهو يكتئب ليس لمجرد الفقد، بل لأنه لم يستطع أن يحفظ الموضوع من الفقدان. أي إن الاكتئابي لايحب الموضوع في ذاته ولذاته، بل لأنه بحاجة إليه، لكي يحتفظ باتزانه الانفعالي، من حيث تنظيم دفعاته الغريزية، فالعلاقة بين الاكتئابي وموضوعه تتسم بالنرجسية". (زيوَر، 1980: 12 -13).

ويُلاحظ ضمن تفسير فرويد للاكتئاب أن الاكتئاب ينتج عن فقد لاشعوري، بينما في الحزن العادي يكون الفقد على المستوى الشعوري. ويضاف إلى عوامل التحليل النفسي للاكتئاب تفسير أبراهام Abraham 1991 الذي ركّز أيضاً على العلاقة بين المكتئب بموضوعات الحب، وتفسير كلاين Klein 1934 التي ترى الاكتئاب هو تذكر الخبرات المؤلمة التي مرّ بها الفرد وهو طفل، وتفسير بايبرينج Bibring 1953 الذي رأى أن الاكتئاب يحدث نتيجة عجز الفرد عن تحقيق الحاجات النفسية له، مما يؤدي إلى صراع ذاتي ناتج عن شعور الفرد بالفشل في تلبيته هذه الحاجات.

وبالرغم من قلة عوامل تفسير السلوك المرضي لدى المتعالجين، فقد استطاعت النظرية التحليلية أن تعطي أهمية لخبرات الطفولة المبكرة، وأثرها في حدوث السلوكات المرضية، كما بقيت لغاية الآن أساساً لنظريات أخرى استفادت من أدواتها التفسيرية والعلاجية.

4 - ب - العوامل الفينومينولوجية الوجودية:

يذكر زيوَر في محاضرته عن تفسيره للاكتئاب، وفق المنهج الفينومينولوجي، أن المريض المكتئب يعاني من توقف في الزمن عند الماضي، لأنه يأسف لماضيه، وهو الشكل الفعلي لخبرة الاكتئاب؛ فالمكتئب يرى خبرات الماضي كأنها خبرات مؤبدة يستحيل على كل خبرة

جديدة أن تتخطاها ، ومن ثمّ فإن الحاضر يصبح شيئاً مستحيلاً عنده، وكذلك المستقبل هو أكثر استحالة. (زيور، 1980: 22).

أما المريض الهوسي فعلى العكس؛ فهو يتميز برغبة التهامية موضوعها "الدوام Always"؛ أي القفز المحموم عبر لحظات المستقبل غير المتصلة. وهنا تتفق الباحثة مع زَيور في أن الحياة النفسية السوية هي حياة زمانية فيها دوام الديمومة.

اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط

مراجعة عامة

Attention Deficit /Hyperactivity Disorder, An Overview

د. حسان المالح

اختصاصي الطب النفسي

مقدمة عامة:

في البداية، لابد من إعطاء فكرة عامة عن الاضطرابات النفسية التي تصيب الأطفال والمراهقين، حيث أن هناك عدداً من الاضطرابات النفسية تشخص عادة في مرحلة الطفولة والمراهقة، ومنها اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط. وتظهر هذه الاضطرابات الخاصة بالأطفال في سن مبكرة، وترافقها تغيرات سلوكية وأعراض متنوعة. وفي الجدول التالي أهم هذه الاضطرابات النفسية (2):

الاضطرابات النفسية التي تشخص عادة في مرحلة الطفولة والمراهقة:
○ التخلف العقلي (أربع درجات).
○ صعوبات التعلم (القراءة، الحساب، التعبير الكتابي).
○ اضطرابات المهارات الحركية (التوافق الحركي).
○ الاضطرابات النمائية المتعممة (التوحد، أسبرجر).
○ اضطرابات نقص الانتباه والسلوك المؤذي (فرط الحركة / نقص الانتباه، السلوك المنحرف، السلوك الاعتراضي).
○ اضطرابات التغذية والطعام (الوحم، الاجترار).

- اضطرابات العرة (توريت، صوتية، عضلية، عابرة).
- اضطرابات التخاطب (تعبيري، مختلط، اضطرابات النطق).
- اضطرابات الإفراغ (التبول اللاإرادي، التبرز اللاإرادي).
- اضطرابات أخرى: قلق الانفصال، الصمت الاختياري، الحركات النمطية التكرارية، وغيرها

وأيضاً لابد من الإشارة إلى أن معظم الاضطرابات النفسية التي تظهر عند الكبار يمكن لها أن تظهر مبكراً في بعض الحالات، عند الأطفال، ومن هذه الاضطرابات (1):

الاضطرابات النفسية عند البالغين: يمكن أن تظهر في سن الطفولة والمراهقة:

الفصام -الهوس -الاكتئاب -الوسواس القهري -الرهاب الاجتماعي -نوبات الهلع -القلق العام -اضطراب الشدة عقب الصدمة -الاضطراب التحويلي"الهيستيريا" -اضطراب الهوية الجنسية -القمه العصبي، وغير ذلك..

نظرة عامة حول اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط:

يعتبر اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً عند الأطفال والمراهقين (3). وقد وصف للمرة الأولى عام 1902 من قبل طبيب أطفال أمريكي، واستعملت الأدوية المنشطة في علاجه للمرة الأولى عام 1937 حيث استعمل دواء Benzedrine. وقد تم طرح معايير التشخيص الدقيقة في الدليل الأميركي الثالث للاضطرابات النفسية عام 1980. وطرحت أنواع فرعية للاضطراب عام 1994 في الدليل الأميركي الرابع للتشخيص، كما أصبح في تلك الفترة اضطراباً منتشراً يشخص بكثرة ويعالج بشكل واسع (3).

وهذا الاضطراب يشخص مرافقاً لاضطراب السلوك المنحرف عند نفس الطفل بنسبة 20٪، وهي نسبة عالية بالطبع ولها دلالاتها. كما يشخص مرافقاً لاضطراب السلوك الاعتراضي (أو المعارضة) بنسبة 40٪ من الحالات (3،2).

وعادة نجد أن الأهل والمدرسة يشكون من سلوك الطفل ويعانون من اضطرابه. وغالباً مايأتي الطفل إلى العيادة غير راغب في العلاج، بل يؤكد أنه ليس لديه أية مشكلة، وأن المشكلة تكمن في الأهل (1).

انتشاره:

تدل الدراسات على أن هذا الاضطراب يصيب حوالي 3 -5 ٪ من الأطفال في سن 5 - 18 سنة، وذلك في الدراسات الأميركية (2). وفي دراسات أخرى كانت نسبة الانتشار 10٪ من الذكور و2٪ من الإناث في عمر 5 -18 سنة. وتصل نسبة الأطفال والمراهقين المصابين به في العيادات النفسية الخاصة بالأطفال إلى 30 -50٪ من مراجعي هذه العيادات (3). وهو يصيب الذكور أكثر من الإناث وبنسبة 4 إلى 1 على الأقل.

وفي مجتمعاتنا العربية، لاتوجد دراسات إحصائية دقيقة حول هذا الاضطراب. وتدل الملاحظات العامة والممارسة العيادية على وجود هذا الاضطراب بشكل واضح (1). وكثير من هؤلاء الأطفال لايتلقون العلاج الصحيح، ولايتم تشخيص حالتهم بشكل صحيح. وبعضهم يطلق عليه تسميات خاطئة، مثل أنه مشاغب، أو قليل تربية، وأنه لايصلح للدراسة، وغير ذلك.

التشخيص:

يعتمد تشخيص هذا الاضطراب وفقاً للدليل الأميركي التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع (2)، على وجود عدد من الأعراض التي تدل على وجود نقص التركيز، أو فرط النشاط والاندفاعية، ولمدة ستة أشهر على الأقل. وبعض هذه الأعراض يجب أن تكون قد ظهرت قبل سن السابعة من العمر. وهذه الأعراض تظهر عادة في مختلف المجالات التي يوجد فيها الطفل، مثل المحيط المنزلي، والمحيط المدرسي، والمحيط الاجتماعي، ويجب أن تكون الأعراض موجودة في مجالين، وليس مجال واحد فقط، ومعظم الأطفال يشعرون بالانزعاج في المحيط المدرسي مقارنة مع المنزل، وتظهر تصرفتهم الاندفاعية، وفرط نشاطهم في المدرسة بشكل أوضح، ولاسيما في الممرات والردهات، وباحة المدرسة.

وتشمل أعراض نقص الانتباه عدم الانتباه للتفاصيل، وكثرة الأخطاء في الواجبات المدرسية، ويفشل الطفل في إنهاء مايبدأه على الشكل المطلوب، وهو يتجنب الأعمال التي تتطلب تركيزاً طويلاً، وهو ينسى أقلامه وأدواته وكتبه، وغير ذلك مما هو ضروري. وهو يتحرك كثيراً في كرسيه، أو يتململ، أو يحرك يديه، أو رجليه، ويكون جاهزاً للانطلاق والحركة، وكأن بداخله محركاً يحركه (Driven by motor). وهو اندفاعي يجيب على الأسئلة قبل انتهاء السؤال، ويتصرف قبل أن يفكر (Act before thinking)، وهو يقاطع حديث الآخرين ويتدخل في اللعب أو الحوار.

كما أنه سهل الاستثارة والغضب عند أقل تحريض، وهو يتعرض للمشاجرات والمضاربات، كما أن سلوكه الاستكشافي واضح، فهو يدخل أماكن جديدة، ويتلمس ماحوله من أشياء، ويحركها، ويفتحها، ويمكن له أن يتعرض إلى حوادث متنوعة، وكسور، وجروح، وأن يتسبب في أذية الممتلكات وخرابها دون قصد.

وكما هو واضح، فإن معظم هذه السلوكيات والأعراض هي سلوكيات شائعة عند الأطفال، ولايمكن اعتبارها مرضاً واضطراباً، إلا إذا كانت شديدة ومستمرة، وتسبب سوءاً في التكيف.

وفي الجدول التالي تفاصيل معايير التشخيص:

تشخيص اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط: **أولاً: 6 أعراض من أعراض نقص الانتباه التالية مستمرة 6 أشهر:** - كثرة عدم الانتباه للتفاصيل، وكثرة الأخطاء في الواجبات المدرسية، وفي غيرها من النشاطات - كثيراً مايحدث له صعوبات في المحافظة على الانتباه في اللعب، أو المهارات المدرسية المتنوعة. - كثيراً ما يبدو غير مصغ عندما تتحدث إليه -كثيراً مايحدث عدم اتباعه للتعليمات المطلوبة، ويفشل في إنهاء واجباته بالشكل المطلوب. - كثيراً ما تكون لديه صعوبات في تنظيم المهمات المطلوبة منه، والنشاطات. - كثيراً مايتجنب، ويكره، ويرفض، الأعمال التي تتطلب تركيزاً طويلاً مثل الأعمال المدرسية - كثيراً ما ينسى أشياء أساسية لأداء معين. - كثيراً مايتشتت انتباهه بسهولة في حال وجود مثيرات أخرى أثناء قيامه بمهمة معينة - كثير النسيان في نشاطاته اليومية. **أو 6 أعراض من أعراض فرط النشاط والإندفاعية التالية:** - كثيراً مايحرك يديه، أو رجليه، أو يتحرك في كرسيه - كثيراً مايترك مقعده في الصف، أو في أماكن أخرى، حيث يتوقع منه البقاء. - كثيراً مايركض، ويتسلق، ويتحرك في المكان الذي يوجد فيه، وبشكل غير مناسب - كثيراً ما تكون لديه صعوبات في أن يلعب، أو يقوم بنشاط ترفيهي بشكل هادئ - كثيراً مايكون جاهزاً للانطلاق، وكأن في داخله محركاً يحركه باستمرار - يتكلم كثيراً في أغلب الأحيان.

الإندفاعية: - كثيراً مايجيب على الأسئلة قبل انتهاء السؤال - كثيراً مايجد صعوبة في انتظار دوره - كثيراً مايقاطع الآخرين، أو يتدخل فيهم.
ثانياً: بعض الأعراض التي أدت إلى سوء التكيف موجودة قبل عمر 7 سنوات.
ثالثاً: لاتقتصر الأعراض على مجال واحد، بل تتعداه إلى مجالين، مثل المنزل والمدرسة.
رابعاً: يجب وجود دليل على تدهور وسوء الأداء في المجال الاجتماعي أوالمدرسي.
خامساً: هذه الأعراض لايكون ظهورها منحصراً خلال سير اضطرابات النمو المتعممة، الفصام، أو غير ذلك من الاضطرابات الذهانية، هذه الأعراض لاتفسر بشكل أفضل من خلال تشخيص اضطراب نفسي آخر، مثل الاضطرابات المزاجية، القلق، الاضطراب التفككي، اضطراب الشخصية. (2)

ويحدد نوع الاضطراب الفرعي على أنه الشكل "المختلط" لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، إذا كان لدى الطفل ستة أعراض من أعراض نقص الانتباه معاً مع ستة أعراض من فرط النشاط والإندفاعية خلال الأشهر الستة الماضية، وهذا الشكل المختلط ينتشر أكثر عند الأطفال والمراهقين ونسبته 3٪. وأما الشكل الذي يغلب فيه "نقص الانتباه" فهو يحدد بوجود ستة أعراض من نقص الانتباه، مع أقل من ستة أعراض من أعراض فرط النشاط والاندفاعية، وهذا الشكل ينتشر أكثر عند الإناث، وعند الكبار، ونسبة انتشاره 5٪. وأما الشكل الثالث الذي يغلب فيه "فرط النشاط الحركي" فهو يتحدد بوجود ستة أعراض من أعراض فرط النشاط والإندفاعية، وأقل من ستة أعراض من أعراض نقص الانتباه، وهو ينتشر أكثر عند الذكور ونسبته 2٪ (4).

ويستعمل تعبير اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط في مرحلة خمود جزئي (هدأة) (In Partial Remission) في حال وجود بعض أعراض الاضطراب في الوقت الحالي، ولكن لاتنطبق معايير التشخيص سابقة الذكر كلها، ويستعمل هذا التعبير عادة في حالات المراهقين والكبار، الذين كانت لديهم أعراض واضحة، ثم تحسنت حالتهم نسبياً، وبقي لديهم بعض الأعراض.

ولابد من القول إن تشخيص هذا الاضطراب ليس صعباً في أكثر الحالات، وتظهر صعوبة التشخيص في حال عدم توفر معلومات كافية عن الطفل وتاريخه المرضي، وفي الحالات الخفيفة، أو الحالات المختلطة مع اضطرابات أخرى.

ويبقى التشخيص عيادياً (Clinical Diagnosis) يعتمد على الفحص النفسي والقصة المرضية، ويمكن للقوائم التشخيصية (Rating Scales) (كونر وغيرها) أن تساعد في التشخيص. ويؤكد مصداقية التشخيص (Validity) سير الاضطراب المزمن، وتحسنه مع التقدم في العمر، وكذلك استجابته للعلاج.

الأسباب:

لايزال اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط مجهول السبب. ولايوجد دليل على وجود آلية دماغية واحدة مسؤولة عن كل أعراض الاضطراب. كما أن مجموعة المرضى المصابين بهذا الاضطراب متنوعة في أعراضها وشكل الاضطراب الذي تعاني منه. ويبدو أن عدداً من العمليات السببية تؤدي إلى نفس الصورة العيادية للاضطراب (3).

وقد بينت الدراسات العائلية وجود عامل وراثي مسبب، حيث يظهر الاضطراب في نفس العائلة، وخاصة بين الأقرباء الذكور للمصاب به. وتتكرر الإصابة العائلية عموماً بنسبة 30٪. وتدل دراسة التوائم وحيدة البويضة (MZ) على أن الاضطراب يحدث بنسبة 92٪، بينما نسبة الإصابة في التوائم ثنائية البويضة (DZ) تبلغ 33٪.

ولايوجد دليل على وجود اضطراب في مورثة محددة، كما أن نمط الانتقال الوراثي لاتنطبق عليه قوانين الوراثة القاهرة، أو المتنحية، أو المرتبطة بالصبغيات الجنسية. وربما يكون نمط الوراثة متعدد المورثات (الجينات) (Polygenic).

والأسباب الأخرى تتعلق بأنواع مختلفة من الأسباب العصبية الطبية مثل: الأذية الدماغية (Damage Brain) - اضطراب عصبي - انخفاض وزن الوليد - التعرض لتسمم عصبي. وأيضاً مشكلات الحمل الطبية، أو تعقيدات الولادة، مثل النزف، أو نقص الأوكسجين حوالي الولادة (Perinatal). وكل ذلك يمكن أن يسبب رضاً، وأذية في الجهاز العصبي.

والمعلومات الحالية تفيد على العكس مما هو شائع، بأن مشكلات الحمل ونقص الأوكسجين ليست مرتبطة ارتباطاً كاملاً بظهور الاضطرابات العصبية، مثل الشلل الدماغي، وبالتالي ربما لاتشكل هذه الأسباب إلا نسبة ضئيلة من حالات اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط.

ويبدو أن العوامل ماقبل الولادية أكثر أهمية من تعقيدات الولادة في إحداث هذا الاضطراب. ومثلاً إن "انخفاض وزن الوليد" يمكن أن ينبئ جزئياً على ظهور اضطراب نقص

الانتباه / فرط النشاط مع أو بدون تعقيدات الولادة. كما أن التعرض للمواد السمية داخل الرحم مثل الكحول "الأم الكحولية"، أو الرصاص الموجود في الهواء الملوث، وعوادم السيارات، والطلاء، يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات في السلوك (3).

وتبين الدراسات أن الأعراض العصبية الظاهرة، مثل نوبات الصرع، أو الشلل الدماغي، تشخص في حوالي 5٪ من حالات اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط. ويكون تخطيط الدماغ مضطرباً بنسبة 20٪ من الحالات، مقارنة مع نسبة 15٪ من الأطفال عموماً.

وأما التصوير الطبقي للدماغ، فهو طبيعي عادة. وقد بينت بعض الدراسات الحديثة بواسطة التصوير بالمرنان على أن حجم الدماغ العام أصغر بنسبة 5٪ عند المصابين مقارنة بالأطفال العاديين. وأيضاً، فإن عدم التناظر الطبيعي بين نصفي الكرة المخية اليمنى واليسرى، يكون غائباً عند المرضى. وتكون المنطقة المذنبة اليمنى أكبر (Caudate)، كما أن المناطق الخلفية من الجسم الثفني (Corpus Collosum) أصغر في بعض الحالات(3).

وتدل دراسات أخرى بواسطة الاختبارات النفسية العصبية، وتصوير الدماغ بوسائل متنوعة، على أهمية الفص الجبهي في هذا الاضطراب. لأن الفص الجبهي مسؤول عن ضبط الاستجابات الحسية والاندفاعات، وهو يهيئ الدماغ للفعل الإرادي.

وتنتشر الأعراض العصبية الخفيفة (اللينة) عند المصابين بنقص الانتباه/فرط النشاط، مثل الحركات غير الدقيقة، أو الخرقاء (Clumsy) وخلط التمييز بين اليمين واليسار، وسوء التوافق الحسي الحركي، وصعوبات الكتابة. ولكن هذه الأعراض العصبية الخفيفة تنتشر بنسبة 15٪ عند الأطفال الطبيعين.

وتبين الدراسات أن اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط يترافق مع عدد من الاضطرابات النفسية الأخرى، والاضطرابات العضوية، واستعمال بعض الأدوية. ويمكن أن يساعد ذلك على تفهم أسباب هذا الاضطراب، وأن يساهم في تطوير النظريات، والأبحاث المستقبلية، التي تحاول تحديد الأسباب الواضحة له.

والعلاقة مع اضطراب السلوك المنحرف علاقة قوية، حيث تتشارك هذه الحالات بنسبة 40٪. وهناك علاقة بين العدوانية والاضطرابات السلوكية، وفي ما بعد يمكن أن تتطور الحالة إلى الشخصية المضادة للمجتمع. وهناك أيضاً علاقة مع اضطراب المعارضة عند الأطفال.

وبالنسبة للعلاقة مع الاضطرابات الذهانية، مثل الفصام، واضطرابات النمو المتعممة، ومنها اضطراب التوحد، فإن بعض الأعراض يمكن أن تترافق، ولكن في حال وجودها لايطلق تشخيص اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة، ويُكتفى بالاضطراب الذهاني(3،2).

وتبين الدراسات أن أطفال بعض المصابين بالفصام تظهر لديهم أعراض نقص الانتباه/فرط النشاط، وأنهم يتعرضون للإصابة بالفصام في ما بعد بنسبة أكبر من إخوانهم الذين لم تظهر عندهم أعراض نقص الانتباه/فرط النشاط.

وهناك علاقة مع اضطرابات المزاج (الهوس الاكتئابي) حيث نجد أن 50٪ من الأطفال الذين يستجيبون لدواء الليثيوم هم مفرطو النشاط. وهذا الدواء علاج أساسي للاضطراب المزاجي ثنائي القطب. كما أن هناك علاقة مع الاكتئاب الأساسي من حيث استجابة بعضهم لمضادات الاكتئاب، ونقص فترة كمون الحركات السريعة للعين، وأيضاً في العلاقة الوراثية.

ومن الممكن أن تكون بعض حالات اضطراب نفقص الانتباه/فرط النشاط هي السلف والنذير (Precurser) لاضطرابات المزاج، أو الفصام عند الكبار.

وهناك علاقة مع اضطراب توريت (Disorder's Tourette) (وهو يتصف بظهور عرات حركية متعددة ومزمنة مع عرات لفظية) وبنسبة 25٪ من حالات الذكور المصابين باضطراب توريت. إضافة للعلاقة مع اضطراب العرة (Tic Disorder) بنسبة 7٪. وأيضاً علاقة مع اضطراب الوسواس القهري في الأطفال (3).

وفي حالات التخلف العقلي، يمكن تشخيص الاضطرابين معاً في حالات التخلف العقلي الخفيفة فقط. وهناك علاقة واضحة مع اضطرابات التعلم المحددة، مثل اضطرابات القراءة، أو الحساب، أو الكتابة، واضطرابات اللغة، واضطرابات المهارات العضلية وتناسقها. وإضافة لما سبق، فإن هناك علاقة مع اضطراب الشدة عقب الصدمة، وحالات إيذاء الطفل، أو إهماله(3،2).

ومن الناحية العائلية هناك ارتباط بين وجود اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط في أحد أفراد الأسرة، والزيادة في ظهور الاضطرابات التالية في أفراد الأسرة الآخرين: اضطرابات المزاج - اضطرابات القلق - اضطرابات التعلم - الاضطرابات المتعلقة بالمواد الإدمانية - الشخصية المضادة للمجتمع - الهيستيريا (اضطرابات تحويلية، وتفككية مزمنة، وغيرها).

ومن ارتباطات هذا الاضطراب الأخرى، الارتباط بأعراض عضوية، مثل: عدم الاستجابة لهرمون الدرقية، فرط نشاط الغدة الدرقية، الإمساك المزمن، الجوع المزمن. وفي هذه الحالات يبدو أن للعوامل الغذائية والمناعية دور فيها، ولكن ذلك لايزال غير مؤكد.

ويمكن لبعض الأدوية أن تسبب في ظهور أعراض نقص الانتباه / فرط النشاط مثل: كاربامازبين، فينوباربيتال، المهدئات (بنزوديازبين)، كافئين، ثيوفيللين (2،3،4،5).

وكما هو واضح مما سبق، فإن الأبحاث السريرية، والدراسات، قد قدمت نتائج متنوعة حول الموجودات العضوية المختلفة المرافقة لاضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط. ويدل ذلك على تنوع الأسباب المؤدية للاضطراب من جهة، وعلى إمكانية فهم أفضل للاضطراب وأعراضه الخاصة في المستقبل من جهة أخرى (1).

النظريات السببية:

اهتمت الدراسات السببية بالناقلات الكيميائية العصبية (Neurotransmitters) وأهميتها فيما يتعلق بدور نقص مادة الدوبامين في المنطقة الحوفية (area Limbic)، ومنطقة النواة المذنبة. حيث أن الأدوية المنشطة التي تفيد في حالات اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط لها تأثير واضح على زيادة الدوبامين. وأيضاً، تدل النتائج على أن كمية مادة حمض هوموفانيليك الناتج عن استقلاب الدوبامين، تكون قليلة في السائل الدماغي الشوكي الأطفال المصابين بهذا الاضطراب. ولايوافق هذه النظرية أن بعض الأدوية التي تزيد من نشاط الدوبامين غير مفيدة في علاج الاضطراب، وأيضاً، أن الأدوية المضادة لمستقبلات الدوبامين لها تأثير علاجي مفيد، وهكذا فالنتائج غير حاسمة.

وفي ما يتعلق بمادة نور أدرينالين، وجدت الدراسات أنها تنقص في منطقة التشكلات الشبكية (Formations Reticular)، كما أن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة، والأدوية المثبطة للخمائر وحيدة الأمين (MAOI) وكلونيدين، يمكن أن تكون مفيدة في علاج الاضطراب.

وهناك دراسات حول نقص تدفق الدم في منطقة النويات القاعدية، وزيادته في المناطق الصدغية والقفوية، وعكس ذلك بعد استعمال الأدوية المنشطة المفيدة في علاج الاضطراب.

ولابد من الإشارة إلى نظرية تأخر نضج الدماغ، حيث يمر النضج بمراحل، ويمكن أن يحدث تأخر في النضج لأسباب متنوعة، وبالتالي تظهر أعراض نقص الانتباه / فرط النشاط، وبعد أن يحدث النضج الدماغي تتحسن الأعراض، أو تزول لدى نسبة كبيرة من الحالات.

ونظرية أخرى تؤكد على أهمية الغذاء، وعناصره ومكوناته في نمو الدماغ، وفي ظهور أعراض الاضطراب، ولاتزال النتائج غير أكيدة، وربما تستفيد نسبة قليلة من الحالات من تعديل الغذاء.

ونظرية أخرى تشير إلى حدوث إصابة في الجملة العصبية المركزية. وأن الإصابة تختلف في موقعها وشدتها ومرحلة النمو التي حدثت فيها، وأن هذه الإصابة يمكن لها أن تؤدي إلى موت الجنين، أو الطفل، أو شلل دماغي خفيف، أو صرع، أو تخلف عقلي. والأشكال الخفيفة من هذه الإصابات الدماغية تؤدي إلى اضطرابات التعلم الخاصة أو نقص الانتباه / فرط النشاط، أو كليهما.

وهكذا نجد مجموعة من النتائج حول أسباب الاضطراب. وهي تتلخص بالعوامل الوراثية، ونقص وزن الوليد، والتعرض للمواد السمية، وإيذاء الطفل، واضطرابات الغدة الدرقية، وغير ذلك من الفرضيات والنظريات.

وكما هو الحال في معظم الاضطرابات النفسية، فإن الأسباب الدقيقة لاتزال مجهولة، والاحتمالات متنوعة ومتشابكة. ولاتزال الأبحاث جارية للوصول إلى نتائج أفضل، وفهم أوضح لآليات الاضطرابات وأسبابها، ومن ثم تصنيفها بشكل أفضل (1،3،4).

وبشكل عملي، يهتم الأطباء النفسيون بإعطاء التشخيص الظاهري لجملة الأعراض والأحداث والتغيرات والسلوكيات، مع الأخذ بعين الاعتبار الأسباب المحتملة المتنوعة، دون أن يعيق ذلك العلاج المناسب (1).

التشخيص التفريقي:

يصعب تفريق اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط في بعض الحالات. ولابد من تفريقه عن سلوك الأطفال النشيطين والمناسب لعمرهم. وأيضاً عن حالات التخلف العقلي، حيث تظهر عليهم أعراض نقص الانتباه. كما يجب التفريق عن الأطفال الأذكياء الذين يعيشون في محيطتعليمي منخفض المستوى، حيث تظهر عليهم أعراض متنوعة من نقص الانتباه إلى المواد الدراسية البسيطة التي لاتشبع ذكاءهم العالي.

ويفرق عن اضطراب المعارضة بأن الطفل المصاب به لايرغب بالانصياع والاستجابة لطلبات الآخرين كنموذج للسلوك العام، بينما الطفل المصاب بنقص الانتباه / فرط النشاط ينزعج، ويرفض الأعمال التي تتطلب التركيز.

ولايشخص الاضطراب إذا كانت الأعراض الموجودة تتناسب بشكل أفضل مع تشخيص اضطراب نفسي آخر مثل اضطرابات المزاج - اضطرابات القلق - الاضطراب التفككي - اضطرابات الشخصية - اضطرابات متعلقة بالمواد الإدمانية. وفي كل هذه الاضطرابات، فإن سن ظهور الأعراض عادة يكون بعد السابعة. وفي بعض الحالات يمكن أن يترافق اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط مع أحد الاضطرابات السابقة، وعندها يطلق كلا التشخيصين. أما في حالات اضطرابات الطفولة المتعممة، أو الفصام، فلا يطلق تشخيص اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط معها (2).

وفي حال ظهور أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط والإندفاعية، بسبب استعمال بعض الأدوية، مثل الموسعات القصبية، وإيزونيازيد، والمهدئات، لايطلق تشخيص الاضطراب عليها، بل تشخص على أنها اضطراب متعلق بالأدوية.

ويجب تفريق الاضطراب عن حالات جذب الانتباه والاحتيال، والحرمان الثقافي والاجتماعي، والازدحام الشديد، وزيادة استعمال الكافئين (شاي، قهوة، كولا، شوكولا، وغيرها) (3،4).

موجودات مخبرية وعيادية:

هناك عدد من الموجودات المخبرية والعيادية في بعض حالات اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط. ومنها زيادة نسبة الرصاص في الدم، وأيضاً الزنك، واضطراب مستوى هرمونات الدرقية. ويظهر الصرع عند نسبة قليلة. وفي تخطيط الدماغ أثناء النوم يظهر نقص كمون مرحلة حركة العين السريعة، وأيضاً صعوبة الدخول في النوم. وفي الفحص الجسمي العصبي يمكن أن نجد بعض الاضطرابات الجسمية التشريحية الخفيفة، وأعراض عصبية لينة. ويمكن أن تكون الموجودات كلها طبيعية (3،4).

موجودات مخبرية وعيادية ممكنة:

- ازدياد الرصاص والزنك في الدم.
- هرمونات الدرقية زيادة أو نقصاناً.
- اضطرابات في تخطيط الدماغ الكهربائي، صرع.
- تخطيط الدماغ أثناء النوم: نقص كمون مرحلة الحركة السريعة للعين، زيادة الحركة الجسمية، صعوبة الدخول في النوم.

- علامـات مرضـية جسـمية خفيفـة: ابتعـاد المسـافة بـين أزواج الأعضـاء، الأذنـان المنخفضتان، جروح وكسور، غير ذلك
- موجودات جسمية طبيعية (3،4).

سير الاضطراب وإنذاره:

تتحسن نسبة كبيرة من الحالات في مرحلة المراهقة والشباب. وتتراوح النسب بين 40 - 80٪ وفقاً للدراسات المختلفة (3،4،5،7). وبعض أعراض الاندفاعية تستمر إلى مابعد سن التاسعة عشرة، وبنسبة 30 -50٪. ويكون التحسن كبيراً وواضحاً في أعراض فرط النشاط، ولكن تبقى بعض الأعراض في سن الشباب، مثل التململ، وعدم القدرة على الجلوس فترة طويلة دون أن يؤثر ذلك على التكيف العام.

ولايمكننا أن نقول بأن اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط اضطراب حميد ويشفى تلقائياً. ونجد في السيرة الحياتية للمصابين به: تحصيل دراسي أقل من الأشخاص العاديين، نقص في المهارات الاجتماعية، وفي تقدير الذات لدى نسبة كبيرة منهم في مرحلة بداية الشباب، يتعرضون لنسبة أكبر من حوادث السيارات، أقل استقراراً في عملهم ومسكنهم، وهم يتنقلون كثيراً، يستعملون الكحول، والماريوانا، أكثر من الآخرين في مرحلة المراهقة، ولكن ليس في مرحلة الشباب (بعد سن 19)، يتعرضون لمشكلات مع القانون أكثر، يقومون بمحاولات الانتحار أكثر من غيرهم، لديهم أعراض أكثر من القلق والمخاوف والأعراض التجسيمية والرضوض النفسية والجنسية. ولاتزيد اضطرابات سوء استعمال المواد الإدمانية، أو الفصام، وفقاً لبعض الدراسات.

وهناك علاقة متكررة في الدراسات بين اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط وبين الشخصية المضادة للمجتمع، حيث تصل نسبة ذلك إلى 25 -30٪ من الحالات في مرحلة الشباب، ولاسيما عندما يظهر لديهم اضطراب السلوك المنحرف قبل ذلك. وعلى الرغم من أن اضطراب السلوك المنحرف يترافق مع 40 -70٪ من الحالات في مرحلة الطفولة، فإن نسبة منها تتحسن مع التقدم في العمر. والحالات التي لاتترافق مع العدوانية في الطفولة، لاتؤدي إلى ظهور السلوك المنحرف، أو السلوك المضاد للمجتمع.

وعند الكبار، يمكن أن تستمر أعراض متبقية من نقص الانتباه والاندفاعية، والتغيرات المزاجية، على الرغم من أن أعراض فرط النشاط الحركي قد تحسنت تماماً. وفي بعض

الدراسات تبين أن 2٪ من البالغين يعانون من اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط، وهم يستجيبون لنفس العلاجات.

ويرتبط الإنذار الأفضل للاضطراب بعدم وجود اضطرابات أخرى مرافقة، ووجود نسبة ذكاء عالية، ووسط اجتماعي داعم، وزيادة في التحصيل الدراسي، أو العملي، أو الاجتماعي (3،4،5،).

العلاج:

يتضمن العلاج عدة محاور، وهي: العلاج السلوكي، والعلاج التعليمي التربوي، والحمية الطعامية، وتعديل الغذاء، والعلاج الدوائي. والنتائج العلاجية مشجعة عموماً، و50٪ من الحالات يتركون العلاج بعد 3 سنوات (4).

- العلاج السلوكي:

وهو يتضمن تدريب الطفل على زيادة التركيز، والتخفيف من فرط النشاط، وتعديل السلوك المزعج. وتستعمل في ذلك مختلف الأساليب السلوكية ومنها: التدعيم الإيجابي، وجدولة الأعمال والواجبات المطلوبة، والاهتمام بالإنجاز على مراحل مجزأة مع التشجيع والمكافأة.

والتدريب المتكرر على القيام بنشاطات تزيد من التركيز والمثابرة مثل: تجميع الصور، وتصنيف الأشياء، والكتابة المتكررة، وغير ذلك. إضافة للإبعاد المؤقت (Time Out) عند ظهور السلوك الاندفاعي، أو العدواني.

كما يتضمن تعديل درجة الإثارة في البيئة المنزلية، مثل توفير الغرفة الهادئة في المنزل للمذاكرة، مع إبعاد المؤثرات الصوتية والبصرية، مثل التلفزيون، والألعاب، والألوان الصارخة المثيرة. وأيضاً الابتعاد عن الحفلات، والأسواق التجارية، والازدحام.

وتعتبر كل هذه الأساليب من النصائح العامة المفيدة والضرورية، ونتائجها لاتزال مثيرة للجدل (3،4، 5،7). وهي تعطي نتائج أفضل في حال تطبيقها مع العلاج الدوائي (7).

- العلاج التعليمي:

وهو يتضمن العلاج الخاص في عدد من الحالات، بسبب نقص التحصيل الدراسي. ويتضمن أيضاً التعلم الفردي، وزيادة نسبة المدرسين إلى عدد الأطفال. ويفضل، عموماً، وجود عدد قليل من الأطفال في الفصل الدراسي نفسه، وأن تكون النشاطات ضمن مجموعات صغيرة، إضافة للجلوس في المقاعد الأمامية لزيادة الضبط والمراقبة بالنسبة للحالات الأشد.

وأيضاً زيادة المراقبة والمتابعة في الفسح ودروس الرياضة، وفي ركوب الحافلة، والجلوس في المقصف.

وهذا العلاج أساسي ومفيد عموماً.

- الحمية الطعامية وتعديل الغذاء:

هناك عدد من الحميات الطعامية التي يمكن تطبيقها، ومنها الحمية عن المواد الملونة في الطعام. وربما تفيد 5 -10٪ من الحالات. وحمية فاين غولد (Feingold) عن المواد الملونة الساليسيلات، نتائجها متناقضة.

وأما نظرية أن الاضطراب ينتج عن زيادة تناول السكريات، ومن ثم الحرمان منها خلال اليوم، فهي غير صحيحة. ونظرية التحسس الغذائي كمسبب للاضطراب لايوجد دليل على أن الاضطراب ناتج عن عمليات مناعية ارتكاسية (Immunological Reaction). والعلاج بإعطاء كميات كبيرة من الفيتامينات غير مفيد، ويمكن أن يؤدي إلى حالات تسممية. وإعطاء المغنيزيوم، أو الزنك، أو أوميغا 3، أو غيره، لايزال غير مدروس بشكل كاف. وكذلك أهمية الحمية الطعامية، والحمية عن الملونات والمواد الحافظة (3،4،7).

- العلاج الدوائي:

وهو يتضمن العلاج بالمنشطات النفسية من زمرة الأمفيتامين، وقد بدأ استعمالها منذ 1937. ويعتبر مثيل فينيديت (Ritalin - Methylphenidat) أكثرها استعمالاً بعد سن السادسة. ومنها دكستروامفيتامين (Dexedrine)، ومزيج من أملاح الأمفتامين (Adderall) ويمكن استعمالهما في سن مبكرة 3 -4 سنوات، و بيمولين (Cylert) وهو منشط مختلف عن الأمفتامين، يعطى بجرعة واحدة يومياً، وقد قل استعماله بسبب آثاره الضارة على الكبد في 1 -3٪ من الحالات. وإذا لم تستجب الحالة لدواء معين يمكن تغييره إلى دواء آخر من الزمرة نفسها.

والأدوية المنشطة يمتد تأثيرها 4 - 5 ساعات، وهي تعطى بجرعة صباحية، وجرعة ظهراً، وأيضاً جرعة بعد العصر، وذلك خلال النشاط المدرسي، وفي المنزل، ويمكن استعمالها في العطلات والمناسبات الاجتماعية إذا كان ذلك ضرورياً. ولاتعطى في المساء لأنها تسبب الأرق. وهناك مركبات منها طويلة الأمد وتعطى جرعة واحدة يومياً (Concerta)، ولكن تأثيرها أقل فعالية وفقاً لبعض الدراسات (4).

وهي لاتسبب الإدمان في حالات الأطفال، ولاترتبط بظهور الإدمان في مرحلة الشباب، وتفيد دراسات حديثة بأنها يمكن أن تشكل وقاية من حدوث الإدمان في مرحلة الشباب (7). وهي تؤثر على الشهية في الأسابيع الأولى، وينصح عموماً بتناولها بعد تناول الوجبات كي لاتتأثر الشهية، وعلاقتها مع تأخر النمو غير ثابتة. ومن أعراضها الجانبية ظهور العرات الحركية في بعض الحالات. وفي حال ظهور أعراض الاندفاعية وزيادة الكلام، يجب تخفيف الدواء أو تغييره. وهي لاتوصف في حال وجود أمراض قلبية، أو زيادة في الضغط الشرياني، أو فرط نشاط الدرقية.

وتخفف المشروبات الحامضية من امتصاص المنشطات، مما يقلل من تأثيرها، وكذلك دواء فينوتيئين المضاد للصرع، وتزيد من مستواها في الدم مدرات البول من زمرة ثيازيد، ويحاصر هالوبيريدول التأثير المنشط الدماغي، وكذلك كلوربرومازين، وهو يستعمل في حالات التسمم بالمنشطات لتخفيف ارتفاع ضغط الدم، ويستعمل كذلك فينتولامين.

ومن العلاجات الأخرى إيميرامين، وديزيبرامين، وهي من المركبات ثلاثية الحلقة، وهي فعالة ومفيدة. ويمكن أن تفيد الأدوية المثبطة للخمائر وحيدة الأمين المؤكسدة (MAOI) وقد ندر استعمالها نظراً لتفاعلاتها الخطرة مع الطعام والأدوية الأخرى. ويفيد استعمال المهدئات الكبرى، مثل هالوبيريدول، وريزبيريدون، ولكنها غير مناسبة على المدى الطويل.

ولاتستعمل المهدئات الصغرى من زمرة بنزوديازيبام، أو مركبات باربيتورويت، في علاج هذا الاضطراب، وهي يمكن أن تزيد من أعراضه. وفي حالات الأرق المصاحبة يفضل استعمال دي فينيل هيدرامين، وكلورال هايدريت.

وهناك عدد آخر من الأدوية التي تستعمل أيضاً في علاج هذا الاضطراب، وبعضها غير مفيد، مثل كاريامازيبين، وبروزاك، وبعضها لاتزال نتائجه غير أكيدة، مثل كلونيدين، وبروبروبيون (3، 7،6،5،4).

وهناك عدد من الأدوية الحديثة قيد الدراسة. وآخر دواء تمت الموافقة عليه كعلاج لاضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط هو اتوموكستين (Straterra) وقد بدأت الأبحاث عليه كمضاد للاكتئاب، ولم يكن مفيداً، ووجدت الدراسات أنه فعال ومفيد في حالات نقص الانتباه / فرط الحركة عند الأطفال، وعند الكبار.

وهو مثبط انتقائي للنورأدرينالين (Selective NorEpinephrine Reuptake Inhibitor) ويمكن استعماله بجرعة واحدة صباحاً أو بجرعتين. وأعراضه الجانبية نعاس

ودوخة، وأعراض هضمية، مثل انزعاج في البطن، وغثيان، وإقياء. وعند الكبار جفاف في الحلق، وغثيان، واضطراب الوظيفة الجنسية، وإمساك، وإزعاج في التبول. وهو بشكل كبسولات لها عيارات متنوعة، وتتم زيادة الجرعة تدريجياً، ولاتفتح الكبسولة لأنها مخرشة للجلد والعين. وتجب مراقبة المريض تحت العلاج في حالات الحساسية، واضطراب الكبد، وتوقيف الدواء في حال ظهور أفكار انتحارية (6،7،8).

- تعليقات حول العلاج الدوائي:

يبدو أن العلاج الدوائي لايشفي الاضطراب، بل يساعد الدماغ على معاوضة الاضطرابات العصبية الفيزيولوجية، وسوء أدائها. ويجب أن يستمر العلاج سنوات، وفي حالات كثيرة يمكن التوقف عن العلاج في سن المراهقة، ولكن بعضها يحتاج لاستمرار العلاج. ولاتوجد دراسات كافية عن استعمال المنشطات، وغيرها، في حالات الكبار، ولكنها يمكن لها أن تفيد، وهناك أمور خلافية تشخيصية وعلاجية وأخلاقية حول اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط عند الكبار (2،3،5).

وتدل الدراسات على أن العلاج يعطي نتائج واضحة وإيجابية على أعراض نقص الانتباه، والاندفاعية، وفرط النشاط الحركي، ولكنه لايحسن بالضرورة الأداء المدرسي، والتحصيل الأكاديمي، كما أنه لايؤدي إلى تحسن مستمر في السلوك العدواني، أو السلوك المنحرف، أو الأداء المهني، أو العلاقة الزوجية، أو التكيف العام طويل الأمد. وهذا مايطرح أهمية العلاج السلوكي، والتربوي، والاجتماعي، المرافق للعلاج الدوائي، وضرورة اكتساب المهارات النمائية والمدرسية والاجتماعية، مما يساعد المصابين في الوصول إلى درجات أفضل من التكيف (1).

المراجع:

1 - الطب النفسي والحياة، الكتاب الثالث: الدكتور حسان المالح، دار الإشراقات، دمشق 1999.

2- DSM IV. American Psychiatric Association. Washington 1994 .

3- Synopsis of Psychiatry. Edited by R. E. Hales & S. C. Yudofsky. American Psychiatric Press. Washington 1996

4- Goldman LS,Genel M,Bezman RJ,Slanetz PJ: Diagnosis & Treatment of ADHD in Children & Adolescents. Report from the Council on scientific Affairs. Americam Medical Association. Chicago 1997. JAMA March 1997. JAMA ME pp 79-86. Aug1998.

5- WebMD. com. ADD+ADHD. 3/2007 .

6- RxList. com. 3/2007 .

7- Evidence Based Medicine EBM + ADHD: Personal File 2007, CD, Availiable on Request .

8- Straterra. com 3/2007

إصدارات مركز الدراسات النفسية

طرابلس – لبنان ص. ب: 3062 التل

فاكس: 438925 - 6 - 00961

هاتف: 441805 - 6 - 00961

1- المعجم النفيس

مصطلحات طبية ونفسية وعصبية

ذياب والجراية وعمار (40 دولاراً أميركياً)

2- سيكولوجية السياسية الإسرائيلية – النفس المغلولة

إصدار 2001 (10 دولارات أميركية)

3- الصدمة النفسية – علم نفس الحروب والكوارث (6 دولارات أميركية)

4- سيكولوجية السياسة العربية – العرب والمستقبليات

إصدار 1999 (10 دولارات أميركية)

5- معجم مصطلحات الطب النفسي (10 دولارات أميركية)

المعجم

النفيس

عربي – فرنسي – انكليزي

مصطلحات طبية ونفسية وعصبية

ذياب والجراية وعمار

محمد أحمد النابلسي

النفس المفككة

سيكولوجية السياسة الأميركية

الصراع العربي الإسرائيلي
أين يقف فرويد؟[1]

البروفسور قدري حفني

أشرت في تقديمي لأطروحتي للحصول على الدكتوراه في علم النفس في مطلع عام 1974 إلى أن اهتمامي بمعرفة إسرائيل كان نتيجة مباشرة لهزيمتنا في يونيو 1967، إذ قررت بوضوح في أول سطور التقديم، وتحت عنوان إقرار بالفضل واعتراف بالتقصير:

" بدأ اهتمامي بموضوع هذه الدراسة إثر هزيمة يونيو سنة ألف وتسعمئة وسبع وستين، أي بعد أن مضى على قيام الكيان الإسرائيلى ما يقرب من ربع القرن. وتلك نقيصة لا يخفف إقرارى بها من إحساس بوطأتها. ولا يجدي أي تبرير قد أصطنعه لها في التقليل من مسئوليتي عنها. وكل ما آمله هو أن يسهم اعترافي بها في الحيلولة بيني وبين التقاعس من جديد، وفي دفع غيري من أبناء جيلي نحو المحاولة في هذا المجال، وفي تعويذ جيل الباحثين والدارسين الجدد من وصمة التقاعس عن دراسة العدو".

ولم أكن وحدي من بين المشتغلين العرب بالعلوم النفسية الذي دفعته هزيمة يونيو إلى إعمال تخصصه العلمي في محاولة فهم ما جرى. وسوف أشير في هذا السياق إلى نموذجين فحسب من المحللين النفسيين المصريين، مصطفى زيور، وصبري جرجس.

أما الأول، مصطفى زيور، فقد كان وظل محللاً نفسياً فرويدياً أرثوذكسياً حتى النهاية، ورغم أن المحللين النفسيين في العالم الغربي، بحكم صهيونية غالبيتهم، وقفوا بعلمهم إلى جانب نشأة إسرائيل الدولة، ودافعوا بقدر ما وسعهم الجهد عن مبررات تلك

---

[1] - وجهات نظر، إبريل 2007 ص ص 52 - 59

النشأة، وكان طبيعياً، والأمر كذلك، أن يجد المتأمل في سير حياة العديد من أقطاب حركة التحليل النفسي أن الخيوط متداخلة متشابكة بين ممارستهم العملية للنشاط الصهيوني، والتحليل النفسي. ورغم ذلك، فقد اختلفت توجهات مصطفى زيور، رائد مدرسة التحليل النفسي في مصر، عن نظيرتها في بلدان العالم الغربي، من حيث الموقف من قضية الاستعمار الصهيوني لفلسطين.

مصطفى زيور

لم يكن قد مضى وقت طويل على كارثة 1967. كانت مصر مازالت تلملم جراحها، ومازال السؤال ملحاً: كيف حدث ما حدث؟ ولماذا؟. في تلك الحقبة المبكرة من معاناة الوطن، نشر مصطفى زيور في أغسطس 1968 مقالاً ضافياً عن الشخصية الإسرائيلية. اختتم زيور مقاله بدعوة وجهها إلى شباب علماء النفس العرب "أن ينهضوا إلى مستوى المسؤولية. إن عليهم واجباً وطنياً وقومياً، وأمامهم رسالة علمية لا بد أن يفطنوا إليها، وهي إسهامهم في إجراء البحوث السيكولوجية المتصلة بقضية المصير العربي". ولعله من المناسب أن نطل معاً إطلالة موجزة على أهم ملامح رؤيته لطبيعة الصراع العربي الإسرائيلي، مقتصرين على ملامح ثلاثة:

الملمح الأول:

أن مصطفى زيور يختلف اختلافاً قاطعاً مع تعاطف غالبية المحللين النفسيين مع التجربة الصهيونية. فيشير في مقاله إلى ما انتهى إليه الطبيب النفسي اليهودي منكوفسكي من أن الكثير من الأطفال اليهود الذين أدت خبرة القهر النازي التي عاشوها مع ذويهم في معتقل بوخنفالد الشهير إلى العديد من مظاهر الاضطراب النفسي، قد استطاعوا أن يستعيدوا بعض الاتزان حين انتقلوا للعيش في إسرائيل. ويقف زيور ببصيرة المحلل النفسي الفرويدي، وبحس العربي الوطني ليقرر "إن الاتزان الذي تحدث عنه منكوفسكي لا يعدو أن يكون تنظيماً للتوحد بالمعتدي في المجتمع الإسرائيلي في مواجهة العرب، أي أن التوحد بالمعتدي أصبح شيئاً مشروعاً، بل مطلوباً مستحسناً لدى المواطن الإسرائيلي".

الملمح الثاني:

حرص زيور على ألا ينزلق إلى منزلق مازال يغري الكثيرين من المشتغلين بعلم النفس، من حيث النظر إلى الصراع العربي الإسرائيلي باعتباره صراعاً نفسياً فحسب، محدداً بدقة دور العوامل النفسية في هذا المجال. يقول زيور: "وغني عن البيان أنني أطرح هذا السؤال في نطاق علم النفس وحده، أي أنني أبحث عن الدوافع النفسية وراء هذه الظاهرة، وهذا لا يعني أنني لا

أريد أن أقيم وزناً للعوامل غير النفسية (السياسية – الاقتصادية – الإمبريالية) التي ساهمت في انبثاق هذه الظاهرة".

الملمح الثالث:

استطاع زيور بحدسه النادر أن يكتشف، ونحن مازلنا نلعق جراح الهزيمة، أمراً ما زال الكثيرون منا يجدون غضاضة في تقبله فضلاً عن التعبير عنه، إنه حرص أصحاب القرار في إسرائيل على استمرار مناخ الحرب، ونفورهم من الدعوة للسلام. يقول زيور "إن الحرب الفعلية لا تترك للفرد الإسرائيلي فرصة مواجهة نفسه، تلك المواجهة التي يخشى أن تفضح هويته المستعارة".

كانت تلك هي استجابة زيور لكارثة يونيو. دفعته إلى الاختلاف اختلافاً جذرياً مع توجهات مجمل المحللين النفسيين الغربيين، ولكنها لم تدفعه إلى خلع رداء التحليل النفسي، أو حتى إدانته سياسياً.

صبري جرجس

والنموذج الثاني الذي اخترناه لتسليط الضوء عليه هو صبري جرجس. في نيسان / أبريل 1969 انتهى صبري جرجس من إعداد كتابه المعنون "التراث اليهودي الصهيوني والفكر الفرويدي: أضواء على الأصول الصهيونية لفكر سيجموند فرويد"، ورغم أن الكتاب يحمل تاريخ نشر 1970، إلا أنه كان متاحاً بالفعل في أواخر 1969، و قد قام عبد الجليل حسن بتقديم عرض نقدي للكتاب في العدد الصادر في تشرين الأول / أكتوبر 1969 من مجلة الكاتب المصرية، ولم يلبث صبري جرجس أن علق على ذلك العرض النقدي، وبادر عبد الجليل حسن بكتابة تعقيب نهائي يجمل مادار حوله الحوار، اختار له عنواناً "الصهيونية وليس فرويد"[2]. ولعل إيراد النص الكامل لذلك التعقيب يجسد ما أثارته تلك القضية من جدل بين المثقفين المصريين آنذاك. يقول عبدالجليل حسن:

"قبل أي شيء آخر أود أن أشكر الدكتور صبري جرجس على اهتمامه بالرد على ما كتب عن كتابه الهام "التراث اليهودي الصهيوني والفكر الفرويدي" في العدد الأسبق. وأشهد أنه كان بارعاً في رده، وفي عرض وجهة نظره، وموضوعياً في مناقشته الهادئة، ولا يسعني إلا أن أخجل من عبارات الثناء التي وجهها إلي – لطفاً منه وفضلاً. والمهم أن هذا الرد المستفيض

---

[2] الكاتب، السنة التاسعة، العدد 105، ديسمبر1969

قد أتاح للقارئ العربي فرصة ثمينة لتوضيح الخطوات الفكرية والمسيرة الشخصية التي رافقت هذه الدراسة. وإني أدرك – بتعاطف شديد – أن فكرة الكتاب لم تنبثق في سهولة ويسر، فقد ظلت ميول هذا الطبيب النفسي البارز، الذهنية والوجدانية، لسنوات طويلة مع التحليل النفسي، وبعد تردد وصراع داخلي حاد، دعاه الواجب العلمي، والقومي، إلى إخراج هذه الدراسة الجادة. وهذا الموقف الشجاع من المؤلف، من موقع علمي، ووطني جدير بالتقدير، بل والإشادة. والمقال الذي كتبه في العدد الماضي بمثابة وثيقة مكملة للكتاب، ولا غنى له عنها.

وأني أؤكد لعالمنا النفسي اللامع أن ذلك ليس رداً على رده، بقدر ما هو محاولة لاستيضاح بعض النقاط التي أراها هامة، بل بالغة الأهمية. والدكتور الفاضل يعرف قبل أي باحث آخر أن كتابه لابد أن يثير الجدل والنقاش والخلاف الطويل. وهناك الكثير جداً الذي نتفق حوله، بل أني أوافقه تماماً على كل ما قاله في ما يتصل بخشية إثارة شبهة معاداة السامية. ولكن تبقى بعض القضايا العامة والتفصيلية التي ينبغي التعرض لها حتى يمكن حسمها، أو توضيحها على الأقل، مثل القضية التي سماها الأستاذ المؤلف بالتوجيه الحضاري للتحليل النفسي والفكر الفرويدي، وهي نظرة تقييمية أساساً، ولكنها مع هذا قضية هامة ينبغي للمشتغلين بالتحليل النفسي الفرويدي عندنا، والذين يدرسونه ويعلمونه صباح مساء، وينشؤون له الأقسام بالكليات مناقشتها، لأنه مسألة تعنيهم أساساً، ويترتب عليها مواقف عملية من التحليل النفسي، دراسةً وتدريساً. فهذا عالم نفسي كبير من جلة علمائنا يدين التحليل النفسي الفرويدي بأدلة لا يستهان بها، ولا يمكن مواجهة خبرته ودراسته هذه بالصمت. وعلى كل فليس يعنينا بحال من الأحوال التعرض لمثل هذه القضية، أو الدفاع عن فرويد، كما سبق أن قلت في العدد الأسبق.

ولكن القضية التي أريد طرحها، والتي أرجو أن نصل إلى اتفاق حولها، ليقيني بأهميتها واتصالها أساساً بتحديد وتوضيح موقفنا من الصراع المصيرى الطويل، هي قضية تمحيص دعوى الصهيونية، وزعمها العلاقة العضوية بينها وبين الديانة اليهودية والتراث اليهودي. ولكي أوضح هذه القضية، فيمكننا أن نصيغها في السؤال التالي: هل الصهيونية هي التعبير السياسي الحديث عن الديانة اليهودية؟ وبعبارة أخرى، هل الصهيونية هي الصيغة السياسية "القومية" للديانة اليهودية والتراث اليهودي ؟

من الواضح أن هذه القضية مازالت غير واضحة بشكل كاف. فنحن نتصور أننا نجيب بالنفي على هذا التساؤل حين نفرق بين الدين اليهودي واليهود، وبين الصهيونية والصهيونيين.

غير أن هذا لا يكفي، فليست هذه التفرقة دليل على أننا نجيب بالنفي، لأننا ننقضها حين نسلم ونناقش ونؤمن بأن "شواهد التاريخ اليهودي كله، والفكرة الصهيونية، منذ نشأت عقب الغزو البابلي في القرن السادس قبل الميلاد، تشير إلى أنه ليس من الحكمة والاستهانة بالأساس الديني للصهيونية، واستبعاده لمجرد رغبتنا في تجنب الخلط بين الإثنين.

وأن العديد من الأبحاث والدراسات في العالم العربي (راجع مثلاً كثيراً من الكتب التي يصدرها معهد الدراسات العربية) تلجأ عند دراسة الصهيونية إلى دراسة التاريخ اليهودي منذ الغزو البابلي، وقبله، وتدرس ما تسميه الجانب التوراتي والتلمودي الصهيونية. وبذلك فإن هذه الدراسات جميعاً، التي تتحدث عن أصول الصهيونية في الدين اليهودي، واليهود في التوراة والإنجيل والقرآن الكريم، وكما يصورهم التلمود.. إلخ، تحمل إجابة ضمنية، أو صريحة، بالإيجاب على السؤال الذي ذكرناه، وهي إجابة خاطئة، ولا تخدم قضيتنا. وهذه الدراسات، جميعاً، وبلا استثناء، تستهدف غاية ونية طيبة، وتحاول الكشف عن سيئات هذا التاريخ، وما حفل به من ألوان الغدر والالتواء والنفاق والعنف والدموية، إلا أنها جميعاً أيضاً في نهاية الأمر تجيب على السؤال الذي وضعناه بالإيجاب، بل وتؤكد هذا الجواب، وهي بذلك تؤيد — عن غير قصد طبعاً — وجود علاقة تاريخية طويلة، من التلاحم العضوي الوثيق بين الصهيونية، وبين الدين اليهودي والتراث اليهودي، أو بعض عقائده الرئيسية على الأقل. ويترتب على هذا بشكل ضمني الاعتراف بدعوى الصهيونية أنها "التعبير السياسي الحديث" عن الديانة اليهودية. فالديانة كانت حجتها الظاهرة وصيحتها العالية لتجميع اليهود وإقامة "دولة" يهودية على أرضنا، واغتصاب فلسطين بالذات، واستيطانها بوهم أنها أرض الميعاد، وأن هناك "وحدة تاريخية طويلة" تجمع يهود العالم، أي أنها حولت هذه الديانة إلى قومية. ولذا فإننا عندما ننساق في التأكيد على مناقشة أصول الصهيونية في الديانة اليهودية وتراثها، نبدو كما لو كنا نسلم — ضمناً — بإدعاء الصهيونية نفسها بأنها هي (التعبير السياسي الحديث والوحيد) عن اليهودية، وعن الأفراد المنتشرين في العالم، الذين يدينون بهذا الدين، والذين تسميهم بالشعب اليهودي، أو الأمة اليهودية، وبذلك نساهم في عدم التشديد على الحقيقة الجوهرية التي ينبغي التأكيد عليها في كل إعلامنا، وفي موقفنا إزاء عدونا، وهي أن الصهيونية حركة سياسية استعمارية استيطانية حديثة، لا علاقة لها حقيقة، قوية أو غير قوية، بما يسمى بالحنين اليهودي التاريخي لأرض الميعاد، فهي حركة حديثة اصطنعت قومية، واستغلت الديانة اليهودية للتوصل إلى هدف استعماري محدد في فلسطين. وأن الإجابة بالإيجاب التي

تحملها مثل هذه الدراسات التي أشرنا إليها، إنما تلقي شيئاً من الضباب، وعدم وضوح الرؤية على التصور والتصوير الصحيح للصهيونية، وطبيعتها الاستعمارية، وبالتالي على طابع معركتنا التحريرية لأرضنا في فلسطين. فالصهيونية "حركة سياسية" وليدة الربع الأخير من القرن التاسع عشر، وتحمل طابعه الاستعماري، وتعبر عنه، وهي صيغة خاصة من صيغ السياسة الاستعمارية لهذه الحقبة، وتلك هي الحقيقة التي لا يمكن إغفال إبرازها بحال من الأحوال، وهي نقطة المقتل في الحركة الصهيونية.

والبحث في أصول الصهيونية هام جداً، وحيوي للغاية، ومطلوب باستمرار، ولكن لا ينبغي التماسه في تاريخ الديانة اليهودية، أو التراث اليهودي – التوراتي، أو التلمودي، أو السري، أو الباطني، أو التصوفي (ولا يعني هذا ألا ندرس بكل استفاضة مثل هذا التراث دراسة علمية)، وإنما يلتمس فقط في منشئها القريب، وظروف القرن التاسع عشر السياسية، وسياسته الاستعمارية على التحديد، تلك السياسة التي لجأت إلى كل أساليب استغلال التفتيت والتفرقة الطائفية، واستخدام النزاعات الدينية، ولجأت أيضاً كنظير للطائفية، ومقابل لها إلى أسلوب التجميع، واستغلال ما كان يسمى (بالمسألة اليهودية). فكما حاول الاستعمار الأوروبي أن يستغل الطائفية، والتفرقة الدينية في الهند، وفي العالم العربي لتحقيق أغراضه في السيطرة، نجح كذلك في استغلال المسألة اليهودية في تجميع اليهود. وقد وفرت له الدعوة الصهيونية الزعامة والباعث – من داخل "الجيتو الصغير" في حواري المدن الأوروبية، ودفعهم إلى "الجيتو العدواني الكبير" في العالم العربي فوق أرض فلسطين، ليشكلوا، كما قال هرتزل نفسه، "جزءاً من السد الأوروبي في وجه آسيا، ومركزاً طليعياً للمدنية في وجه البربرية". وعندما كان هرتزل يتحدث على هذا النحو، لم يكن يتبنى لغة الاستعمار في القرن التاسع عشر فقط – كما كتب أوري أفنيري، الصهيوني عضو الكنيست الإسرائيلي (راجع مقاله في كتاب من الفكر الصهيوني المعاصر – سلسلة كتب فلسطينية – ص 341) – ولكن الاستعمار كان قد تبناه والتحم بهذه الدعوة التحاماً عضوياً وثيقاً. فالصهيونية، تاريخياً، ولدت في القارة الأوروبية "وانحدرت من يقظة القوميات، وكانت مظهراً من مظاهر الاستعمار الغربي في نزعه الأخير" على حد تعبير أفنيري نفسه، ولكنه كصهيوني يجعل الصهيونية "مظهراً ثانوياً" لهذا الاستعمار، ويزعم أنها بدأت كحركة بعث قومي واجتماعي يهودي. فالصهيونية تقدم بالنسبة للتاريخ الاستعماري نموذجاً فريداً لسياسة استغلال الدين، وقد كتب الكثير عن سياسة استغلال الاستعمار الغربي للطائفية، ولكن لم يلتفت بما فيه

الكفاية للوجه المقابل لهذه السياسة، أعني تجميع أصحاب الدين الواحد لخدمة أغراضه أيضاً. ومن هنا كان تبنيه دعوى الصهيونية (الدينية)، وتحويلها إلى (قومية سياسية) يهودية، ثم رسم مخطط مدروس لزرعها في الأرض العربية في فلسطين تحت ستار أرض الميعاد. فالتلاحم الحقيقي، والرئيسي، إذن، ليس بين الصهيونية والديانة اليهودية، ولكنه بين الصهيونية والاستعمار الغربي، وكان التدشين الرسمي لهذا التلاحم في إعلان وعد بلفور،.. أما المظهر الثانوي هنا فهو تعبير الصهيونية عن اليهودية والتراث اليهودي، فلم تكن هي تعبيراً عنه بقدر ما كانت استغلالاً له فقط، باعتبارها حركة فاشية رجعية في مضمونها، واستعمارية استيطانية توسعية في طبيعتها وهدفها، وإمبريالية في ارتباطها ومنشئها واستمرار وجودها. ومن هنا تتحدد بالقطع أيديولوجية المواجهة العربية، وهي أيديولوجية حركات التحرير الوطنية المسلحة.

وقد يحسن هنا أن نشير إلى الاتجاه اليهودي الذي يناوئ الصهيونية، ويرفض أن تكون تعبيراً عن اليهودية، ويرى أن اليهودية دين، وليست قومية. ويمثل هذا الاتجاه المجلس الأميركي اليهودي، ويتزعم هذه الدعوة الحاخام "إلمر برجر" صاحب كتاب "اليهود دين لا قومية"، وهؤلاء، وغيرهم من اليهود، الذين يعارضون الصهيونية، يتمسكون بمساواتهم في الحقوق، شأنهم شأن سائر المواطنين في دولهم، وأن اليهودية دين لاعلاقة لها بالسياسة. ولا يخدعنا من هذا المجلس مناوئته للصهيونية، فهو يعارضها على أساس ديني، ومصلحة محلية لليهود الأميركان، ولا يخفي هذا المجلس نشاطه في مساعدة إسرائيل في كل بياناته، ولم يعارض هذا المجلس قط وجود دولة إسرائيل، وهو فقط ينظر إلى إسرائيل كدولة أجنبية، ويتعاطف معها، وهو يسعى إلى أن تكون دولة إسرائيل جزءاً من الشرق الأوسط! وكل ما يعمل له هو الدعوة إلى الانفصال بين إسرائيل واليهود الذين يعتبرون مواطنين في دول أخرى. فالمشكلة الصهيونية، إذن، لا تكفي مناوءتها ومعارضتها، حتى من جانب اليهود، ولا يبحث عن أصولها من جانبنا في الدين اليهودي، وإنما توضع أساساً في إطارها الاستعماري، وتحرير اليهودية والأفراد اليهود في الدول الأخرى من الصهيونية الآن لا يمكن أن يتم إلا بتحريرهم من "دولة" إسرائيل، وتصفية هذا الكيان الصهيوني، مصدر العدوان المستمر علينا، ومظنة الضمان من الاضطهاد بالنسبة لليهود التي تمنعهم من الاندماج في المجتمعات التي يعيشون فيها كمواطنين عاديين، وتظل تعزلهم في مجتمعاتهم.

وأما القضية الثانية التي تتصل فعلاً ومباشرة بدراسة الدكتور صبري جرجس الطريفة، وهدفها المحوري، فهي قضية العلاقة بين الصهيونية وفكر سيجموند فرويد، ويمكن صياغتها في هذا السؤال: هل الفكر الفرويدي تعبير عن التراث اليهودي؟ وبعبارة أخرى هل كان التحليل النفسي الفرويدي هو الصيغة النفسية للتراث اليهودي الصهيوني؟. فإنني لا أرغب في معالجة هذه القضية الآن، لأن البحث في أصول التحليل النفسي، ورده إلى مصادره، سواء في التراث اليهودي، أو بالأحرى في التراث الغنوصي الباطني الشائع في مختلف الأديان، وربط ذلك بالأفق الحضاري للنظريات "العلمية" مسألة أكتفي فقط بإثارتها، وبما أشرت إليه من رأي سابق حولها، وأن ذلك ليس خاصاً بهذا التراث وحده دون غيره، ولن نتوسع في هذه النقطة.

ولم أكن بعيداً عما يجري من جدل فكري صاخب بهذا الشأن، فحاولت من قبل يونيو 1967 أن أناقش تصدي التحليل النفسي للعديد من القضايا الثقافية والحضارية العامة، وبلورت رؤيتي لطبيعة العلاقة بين التحليل النفسي والصهيونية في مقال نشر في مجلة شؤون فلسطينية في أيار / مايو 1989 بعنوان "سيجموند فرويد والصهيونية"، وبعد مضي ما يزيد عن عشرة أعوام أعدت طرح الفكرة بشكل أكثر تفصيلاً في فصل بعنوان "فرويد بين العلم والصهيونية" ضمن فصول كتاب "لمحات من تاريخ علم النفس" الذي أصدرته الهيئة المصرية العامة للكتاب عام 2000. كانت الوثائق والكتابات المتوافرة آنذاك ترجح بوضوح أن فرويد ينتمي إلى الفكر الصهيوني، ويتعاطف مع المنظمات الصهيونية القائمة في ذلك الوقت.

كنت أظن، بعد أن انتهيت إلى ما انتهيت إليه في كتاباتي السابقة، أنني قد أغلقت ذلك الملف بالنسبة لي، بعد أن قلت ما لدي، معتمداً على ما أتيح ليَ من وثائق وكتابات آنذاك، ومضت السنوات فإذا بالجديد من الوثائق المحجوبة يزاح عنها الستار لتضيف إلى الصورة العديد من التفاصيل التي تضعها في إطار جديد تماماً. لقد كان فرويد منتمياً بالفعل لفكر صهيوني، بل ومتعاطفاً مع تيار صهيوني بعينه، ولكنه لم يكن التيار الصهيوني "المنتصر" الذي أقام دولة إسرائيل التي نعرفها. كان تياراً صهيونياً آخر، سرعان ما تلاشي بعد اغتيال أبرز قادته.

ليس أصعب على الكاتب من إعادة فتح ملف انتهى منه، خاصة إذا كان ما سيضيفه إلى ذلك الملف يتناقض بدرجة، أو بأخرى، مع ما سبق أن خلص إليه. ولكن لم يكن بد من المراجعة، خاصة إذا كان الرجوع إلى الحق لا يعني إنكار الماضي، أو التنكر له.

نظرة جديدة: فرويد مازال يتحدث

كنت أتجول كعادتي خلال نيسان / أبريل 2003 بين مواقع شبكة الإنترنت، ومررت عابراً على موقع شهير من مواقع الشبكة يحمل اسم "متحف فرويد"، ولم أكن أتوقع جديداً. صحيح أن وفاة فرويد في أيلول / سبتمبر 1939 لم تكن نهاية للتحليل النفسي، ولا حتى بداية لذبوله. لقد ظل التحليل النفسي حتى اليوم قائماً متطوراً، سواء على مستوى النظرية، أو الممارسة، أو حتى التنظيم. وفي المقابل، ظل النقد للتحليل النفسي مستمراً. كل ذلك صحيح، بل وقد لا يستوقف النظر. ولكن الجديد، وهو ما شدني للتوقف أمام ذلك الموقع، هو أن يتردد صوت فرويد بعد مضي ستين عاماً على وفاته معلقاً على أحداث جارية، مثل الانتفاضة الفلسطينية، وحرب الصحراء، واستشهاد الطفل الفلسطيني محمد الدرة، والعمليات الاستشهادية و ما إلى ذلك.

يحتل متحف فرويد – الذي يحمل الموقع اسمه - ذلك المنزل الذي كان يقيم فيه فرويد وعائلته، حين فروا من ملاحقة النازي لهم إثر احتلال النمسا عام 1938. تلك الملاحقة التي أدت إلى مقتل أخوة فرويد الأربعة الأكبر منه في معسكرات الإبادة النازية.

وظل المنزل مقراً لإقامة فرويد وممارسته للتحليل النفسي حتى وفاته عن 87 عاماً في 1939/9/23، واستمر المنزل مقراً لإقامة أسرة فرويد حتى عام 1982 حين توفيت صغرى بناته، وهي المحللة النفسية الشهيرة أنا فرويد، بعد أن عاشت في المنزل 44 عاماً بعد وفاة والدها، وأوصت بأن يتحول بعد وفاتها إلى متحف يختص بتجميع كل ما يتعلق بحياة فرويد من مقتنيات ووثائق ومخطوطات. ويكفي لتصور حجم تلك الوثائق والمخطوطات أن نشير إلى أن عدد الخطابات المتبادلة بين فرويد وآخرين، والتي يضمها أرشيف المتحف تتجاوز 6000 خطاباً.

وتحول المنزل بالفعل إلى متحف تولت إريكا دافيز Erica Davis مهمة إدارته، وتولى ميشيل مولنار Michael Molnar مسؤولية الأرشيف، كما تولى المحلل النفسي البريطاني إيفان وارد Ivan Ward إدارة قسم التعليم في المتحف. وأنشأ وارد ضمن المواقع التي يضمها قسم التعليم موقعاً يحمل اسم " فرويد اليوم: وجهات نظر شخصية"، ويعرف إيفان وارد ذلك الموقع الذي بدأ ممارسة نشاطه منذ تشرين الثاني / نوفمبر 2000 بقوله: "سوف يحتوي ذلك القسم من موقع المتحف على الشبكة مواد تتعلق بما يجري في العالم من أحداث قد تبدو خطيرة، أو تافهة. وسوف تتضمن تلك المواد أيضاً بعض فقرات من السير الذاتية. وسوف

يكشف ذلك كيف كان يمكن لفرويد شخصياً، أو لأسلوب التحليل النفسي في التفكير أن ينظر إلى المواقف اليومية والأحداث المعاصرة. وبذلك فإن ما يحتويه الموقع لا يعبر بحال عن أي موقف رسمي لمتحف فرويد. وكافة المواد المطروحة قد قام بكتابتها إيفان وارد مدير قسم التعليم في المتحف، إلا إذا تمت الإشارة إلى غير ذلك. والقراء مدعوون للإسهام بتعقيباتهم الموجزة التي تربط بين أفكار فرويد والقضايا الاجتماعية المعاصرة، أو أية أمور أخرى تثير اهتمامهم. لقد أثار أسلوب عرض بعض الفقرات شيئاً من الغموض. إنني، أو غيري، حين نستخدم عبارات من مثل "لعل فرويد قد يقول آنذاك.." أو "لعل فرويد قد يحس.." فإن ذلك لا يعدو أن يكون تشبيهاً يجسد فكرة "فرويد اليوم". وينبغي قراءة تلك الفقرات كما لو كانت "إنني أعتقد أن فرويد كان سيقول..".

وبدأت نشرات الموقع بنشرة تحمل تاريخ أيلول / سبتمبر - تشرين الثاني / نوفمبر 2000 واستمرت تتوالى على فترات غير منظمة إلى أن بلغت ثماني نشرات، لتحمل آخرها، حتى اطلاعي على الموقع،

تاريخ تشرين الأول / أكتوبر - كانون الأول / ديسمبر 2003، و هو التاريخ الذي تم بعده إغلاق الموقع.

ولعل استعراضاً سريعاً لعناوين بعض ما تضمنته تلك النشرات من موضوعات قد يساعد على تبين توجهها، بل و قد يلقي الضوء على مبرر إغلاقها. لقد كان ضمن عناوينها، على سبيل المثال، "الصراع العربي الإسرائيلي"، "أن تكون صديقاً للعرب"، "حاملو القنابل الانتحارية"، "المستوطنون اليهود الجدد"، "أمهات الحرب"، "الدين"، "يوم ذكرى ضحايا الهولوكوست"، "محمد المسكين" والمقصود به محمد الدرة الطفل الفلسطيني الشهيد، وكان عددها الأخير يتضمن: "فوائد الحرب"، "النيران الصديقة".

ولم يمض ما نشره إيفان وارد في هدوء، ولقد رصدت جريدة هاآرتس تلك الأصداء العنيفة التي أحدثها المقال، والتي تتالت إلى أن تم إغلاق الموقع. في مقال بقلم شارون ساديه Sharon Sadeh نشر في هاارتس بعنوان "هفوة فرويدية معادية لإسرائيل في لندن"[3] جاء فيه أن المحلل النفسي Lewis Aron من جامعة نيويورك قد صدم، ولم يصدق عينيه حين تصفح الموقع المشار إليه، وأعلن أنه قد تم تسخير اسم الموقع، وكلمات فرويد للسخرية من إسرائيل،

---

[3] Sadeh, Sharon "An anti-Israel Freudian slip in London", Haaretz, July 30,2002

وتشويه سمعتها من خلال افتراءات تتضح بالحقد، وقام على الفور بنشر بيان احتجاج على شبكة الإنترنت[4] سرعان ما وقع عليه 400 شخص خلال أسبوع واحد.

ويشير آرون – وفقاً لمقال الهاآرتس – إلى ما نشره الموقع متعلقاً بالهولوكوست، حيث يقرر إيفان وارد أن تلك الجريمة، التي وقعت في مجتمع أوروبي متطور، لم تكن لتحدث لو لم ينجح النازيون في إقامة آلة بيروقراطية منظمة دفعت الملايين للإقدام بحماس على ارتكاب مذابح الهولوكوست، دون أي مبرر اقتصادي، أو سياسي، أو حتى عسكري. وينتقل إيفان وارد بعد ذلك مباشرة للإشارة إلى أنه ليس أفضل لإحياء لذكرى الهولوكوست من الإشادة بموقف أولئك الجنود الإسرائيليين الذين رفضوا الانصياع لأوامر قادتهم بإطلاق النار على الفلسطينيين خلال الانتفاضة دون الانزلاق إلى تلك الكذبة المغرية: إننا ننفذ الأوامر فحسب. ويرى آرون أن إيفان وارد بتلك المقارنة إنما يشبه إسرائيل بألمانيا النازية.

ولم يشفع لإيفان وارد دفاع إيريكا دافيز عنه، وعن مشروعية نشر مقالات تعبر عن وجهات نظر أصحابها، ولم يشفع له كذلك ما عبر به عن صدمته مما أثارته كتاباته من ردود فعل غاضبة حادة، وأنه حين أشار إلى رفض الجنود الإسرائيليين إطاعة أوامر قادتهم، إنما كان يبرز صورة مناقضة لما أقدم عليه النازيون من انصياع أعمى.

فرويد وانتفاضة البراق 1929:

لقد صدرت أولى نشرات موقع " فرويد اليوم: وجهات نظر شخصية"، مع اشتعال انتفاضة الأقصى على الأرض الفلسطينية إثر زيارة شارون للمسجد الأقصى، وتحمل النشرة خطاباً يحمل تاريخ 26 شباط / فبراير 1930 وجهه فرويد من فيينا إلى حاييم كوفلر، ممثل إحدى المؤسسات المعنية بمساندة اليهود، والتي انتشرت في أوروبا إثر انعقاد المؤتمر الصهيوني الأول. كان كوفلر قد طلب من فرويد، باعتباره من صفوة اليهود، التوقيع على بيان يدين المظاهرات العربية العنيفة التي اندلعت في فلسطين عام 1929، والتي كان ضمن ضحاياها 100 مستوطن يهودي.

ولنبدأ بعرض النص الحرفي للخطاب.

فيينا في 26 شباط/فبراير 1930

سيدي العزيز

إنني لا استطيع تلبية طلبك، إذ ليس في مقدوري التغلب على إحساسي بالنفور من

---

[4] http://www.ipetitions.com/petition/Protest_Freud_Museum/

إرهاق الرأي العام بوضع توقيعي على الوثيقة، وذلك فضلاً عن أن الوقت الحرج الراهن لا يبدو مشجعاً للإقدام على ذلك. إن من يرغب في التأثير على الجماهير ينبغي أن يقدم لهم ما هو مثير وملتهب، و من ثم فإن تقييمي المتوازن للصهيونية لا يبدو مناسبًا لتحقيق ذلك. ليس من شك في أنني أتعاطف مع أهداف الصهيونية، كما أنني فخور بجامعتنا في أورشليم، و سعيد بازدهار استيطاننا. ولكنني من ناحية أخرى لا أظن أن فلسطين يمكن أن تصبح دولة يهودية، فالعالمين المسيحي والإسلامي ليسا على استعداد لوضع أماكنهم المقدسة تحت حماية يهودية. إن ما يبدو لي معقولاً هو تأسيس وطن قومي يهودي على ارض تكون أقل تشبعًا بالتاريخ. ولكني أعلم أن وجهة النظر المنطقية هذه لن تلقى حماسًا من قبل الجماهير، ولا دعمًا ماليًا من جانب الأغنياء. ومن ثم فإنني أخلص مع الأسف إلى أن ذلك التعصب الذي يبديه شعبنا دون أن يستند إلى أساس إنما يتحمل جانبًا من المسؤولية عن إثارة عدم الثقة لدي العرب. إنني لا أتعاطف مطلقاً مع تلك الطاعة غير الرشيدة للآباء، والتي تتحول معها قطعة من الحائط الهيرودوتي إلى أثر قومي، مما يمثل تحديًا لمشاعر أبناء البلد.

والآن فلتحكم بنفسك إذا ما كان لمن له مثل هذه الرؤية الناقدة، أن يكون الشخص المناسب لمساندة شعب مأخوذ بأمل خادع

خادمكم المطيع

فرويد

ولعلنا لاحظنا كيف أن فرويد قد اتخذ موقفين قد يبدوان متناقضين إذا لم نضع في اعتبارنا تعدد وتصارع التيارات داخل صفوف الصهيونية. إنه يعلن بوضوح قاطع أنه متعاطف مع أهداف الصهيونية، وأنه فخور "بجامعتنا في أورشليم، وسعيد بازدهار استيطاننا"، ثم يستدرك مستبعداً إمكانية أن فلسطين "يمكن أن تصبح دولة يهودية، فالعالمين المسيحي والإسلامي ليسا على استعداد لوضع أماكنهم المقدسة تحت حماية يهودية"، ثم يعلن ما يبدو له منطقياً من وجهة نظره، مقرراً "إن ما يبدو لي معقولاً، وتأسيس وطن قومي يهودي على أرض تكون أقل تشبعاً بالتاريخ" أي أنه كان أقرب إلى فكرة إقامة دولة يهودية على غير الأرض الفلسطينية، وهي الفكرة التي ترددت في الأوساط الصهيونية قديماً حول إقامة الدولة اليهودية في سيناء، أو في أوغندا، واندثرت تلك الأفكار تماماً. ويبدو فرويد مدركاً تماماً لتلك الحقيقة، إذ يقرر "لكني أعلم أن وجهة النظر المنطقية هذه لن تلقى حماساً من قبل الجماهير، ولا دعماً مالياً، من جانب الأغنياء". و يختتم فرويد خطابه بفقرة بالغة الدلالة،

يحدد فيها بوضوح أن التعصب اليهودي يتحمل جانباً من المسؤولية عما حدث في انتفاضة 1929 واصفاً العرب بأنهم أبناء البلد natives، إذ يقول

"إنني أخلص مع الأسف إلى أن ذلك التعصب الذي يبديه شعبنا، دون أن يستند إلى أساس، إنما يتحمل جانباً من المسؤولية عن إثارة عدم الثقة لدى العرب. إنني لا أتعاطف مطلقاً مع تلك الطاعة غير الرشيدة للآباء، والتي تتحول معها قطعة من الحائط الهيرودوتي إلى أثر قومي، مما يمثل تحدياً لمشاعر أبناء البلد".

لعله من المناسب قبل أن نمضي في تحليل موقف فرويد أن نلقي نظرة سريعة على أحداث شباط/ فبراير 1929، أو ما يعرف بانتفاضة البراق.

ماذا حدث في شباط / فبراير 1929؟

شهدت فلسطين خلال العشرينيات ثلاثة اضطرابات هامة بين العرب والصهيونيين، هي اضطرابات القدس في نيسان / أبريل 1920، واضطرابات يافا في أيار / مايو 1921، واضطرابات البراق في آب / أغسطس 1929. ويرجع محمد بديع شريف في كتابه المعنون مدخل لدراسة مطامع اليهود في فلسطين قديماً وحديثاً بداية اضطرابات البراق إلى أنه "في 23 أيلول / سبتمبر 1928 جاء اليهود بأدوات جديدة إلى حائط المبكى، وأقاموا ستاراً يحجز الرجال عن النساء". ويورد ناجي علوش في كتابه المعنون "الحركة الوطنية الفلسطينية أمام اليهود والصهيونية 1882 -1948" الصادر عن مركز الأبحاث بمنظمة التحرير الفلسطينية، ورابطة الأدباء في الكويت عام 1974 تفصيلاً لما حدث:

"تتلخص القضية في أن اليهود اعتبروا أن الحائط الغربي من المسجد الأقصى هو من بقايا الهيكل. وكانوا يقومون بزيارته في المناسبات الدينية. ولم يكن لدي العرب عموماً، والهيئات الاسلامية خصوصاً، أي مانع في ذلك، شريطة عدم إحداث تغييرات. وكان الموضوع محسوماً في زمن السيطرة العثمانية، ولكن الوضع تغير بعد السيطرة البريطانية على فلسطين وصدور تصريح بلفور. وكان أن بدأت الهيئات اليهودية، صهيونية وغير صهيونية، تسعى لتغيير الأمر الواقع في ما يتعلق بحائط المبكى.

وأخذ اليهود يحاولون التغيير تدريجياً بممارسة الطقوس الدينية، وبإحضار مقاعد وما شابه، أي أنهم حاولوا أن يجعلوا من المكان معبداً، وكادت تحدث مشكلة في أيلول / سبتمبر 1925، مما دفع السلطة إلى اتخاذ قرار يحظر فيه على اليهود "أن يجلبوا إلى الحائط كراسٍ ومقاعد، حتى ولو كانت الغاية منها جلوس الطاعنين في السن والعجزة عليها".

وأنشأ اليهود سنة 1928 لجنة للدفاع عن حائط المبكى، أخذت تقوم بنشاطات لهذه الغاية. وبدأت سنة 1928 الاحتكاكات من جديد. فقد اضطر أحد موظفي الحكومة البريطانية أن يرفع ستاراً وضعه اليهود بالقوة في 1928/8/24، وهو يوم عيد الغفران، فأرسلت المراجع اليهودية شكاوى إلى الحكومة البريطانية، وإلى الأمم المتحدة.

وتوجه المجلس الملي اليهودي بعد شهرين تقريباً (تشرين الثاني) برسالة إلى الطائفة الإسلامية جاء فيها:

"وعليه، فإننا نصرح هنا بالحقيقة التي لا تشوبها شائبة، وبإخلاص تام، بأنه لن يخطر ببال أحد من اليهود المساس بحقوق المسلمين في أماكنهم المقدسة. ولكن يجب على إخواننا العرب أن يعترفوا هم أيضاً بتلك الحقوق التي لليهود على أماكنهم المقدسة في البلاد".

وتضيف الرسالة أن البراق الذي يقدسه اليهود كان "مكانًا لتأدية الصلاة والزيارة بدون أية ممانعة، أو أقل معارضة، جيلاً بعد جيل. ولذلك فإن من البديهي أن الشعب اليهودي لا يميل إلى أقل تساهل في هذا الحق المقدس، الذي ثبت له على مر العصور والأجيال. وهكذا فإن أي محاولة ترمي إلى إلغاء، أو تحديد هذا الحق، والتدخل في أنظمة الصلاة، والتقاليد اليهودية، تعتبر مساساً عظيماً بعواطف الأمة اليهودية، وطعنة نجلاء في صميم قلبها...".

وتذهب الرسالة إلى أن ما يطلبه المجلس الملي اليهودي ما هو إلا "عبارة عن طلب طبيعي باحترام حق اليهود لا أكثر ولا أقل..."ثم تدخلت اللجنة التنفيذية الصهيونية، فقدمت احتجاجاً إلى حكومة فلسطين "بشأن البناء الذي أخذ المسلمون يشيدونه في الطرف الشمالي من حائط المبكى...".

وحين طلب من الطرفين أن يقدموا وثائقهم، قدم العرب ما يلزم أمام هيئة الحاخامين، فقررت "أن إبراز البيانات الكتابية قد يضعف الحقيقة الناصعة بأن للطائفة اليهودية حق السلوك إلى الحائط، وإقامة الصلاة فيه..." وكان أن أوقف البناء، وحولت القضية إلى مستشاري التاج. وبعد أن تسلم المندوب السامي قرارهم كتب رسالة إلى المراجع العربية، وأخرى إلى المراجع الصهيونية، وجاء في رسالته إلى المفتي أنه يحق لليهود أن يقيموا صلواتهم دون أن يلحق بهم إزعاج، و بناء عليه جرى السماح باستئناف البناء.

وانعقد المؤتمر الصهيوني السادس عشر في الفترة ما بين 28 تموز / يوليو، و 11 آب / أغسطس 1929 في زيوريخ، وكان موضوع حائط المبكى من ضمن المواضيع التي ناقشها. وخلال انعقاد المؤتمر، أصدرت "جمعية حراسة المسجد الأقصى، والأماكن الإسلامية

المقدسة" بيانًا جاء فيه: "عاد اليهود منذ انعقاد المؤتمر الصهيوني في زيوريخ إلى الاعتداء المتوالي على البراق الشريف... ويقوم المؤتمر الصهيوني الذي سيستمر إلى 8 آب / أغسطس 1929 بمحاولات واسعة النطاق لاستثارة اليهود في العالم، مبدياً السخط على الكتاب الأبيض الذي أصدرته الحكومة البريطانية في مسألة البراق..." وقامت لجنة الدفاع عن حائط المبكى بإصدار بيان مماثل بعنوان "نداء إلى شعب إسرائيل في جميع أنحاء العالم" جاء فيه: "لئن سكتنا، أو اعتمدنا على سياسة زعمائنا خسرنا حائط المبكى، ذلك المقام الوطني المقدس، الذي هو من أنفس مقتنياتنا... هلموا إلى مساعدتنا، وعاونونا في هذا الكفاح العادل لاسترداد هذا الحائط، ولا شك أن النصر سيكون حليفنا".

وجاء عيد يوم الغفران اليهودي الخميس 15 آب / أغسطس 1929 حين قادت منظمة بيتار اليهودية المتطرفة مظاهرة اتجهت إلى الحائط في محاولة للاستيلاء عليه، وعلت الهتافات "الحائط حائطنا" وتم رفع العلم الصهيوني على الحائط، وأنشد المتظاهرون نشيد الهاتيكفا. وخلال صلاة الجمعة في الأسبوع التالي مباشرة أي في 23 آب / أغسطس، أحس الخطباء أن الجو ينذر بالخطر، ولذلك عمدوا إلى محاولة تهدئة الجماهير، ولكن بعض الحضور صعدوا إلى المنبر، ودعوا الجميع إلى عدم الاهتمام بما قاله الخطباء، لأنهم غير مخلصين لقضية المسلمين. وخرج المصلون إثر الصلاة في مظاهرة غاضبة، وبدأت الإشتباكات الدموية.

فرويد وانتفاضة الأقصى 2000:

ذلك ما حدث آنذاك عام 1929، وحين أعاد إيفان وارد نشر خطاب فرويد القديم أشفعه بتعليق قال فيه:

"في ما يتعلق بالموقف الراهن (أيلول / سبتمبر2000) فإننا نستطيع افتراض أن فرويد سوف يسعد عند سماعه أنباء تفيد أن غالبية سكان إسرائيل يعتبرون انفسهم يهوداً علمانيين (كما كان فرويد يعتبر نفسه)، وأنهم يتعاطفون مع تزايد الدعوات داخل إسرائيل للانسحاب من المناطق المحتلة. ولعله لن يندهش على أية حال من أن اليهود الأصوليين المتدينين لا يولون اهتماماً كبيراً بما تنص عليه الكوديشيم سيدرا **Kedoshim sidra** والتي يعتبرها البعض بمثابة "جوهر الديانة اليهودية": أحب جارك كنفسك".

ولم يمض تعليق إيفان وارد في هدوء، فسرعان ما تلقي تعقيباً ناقداً من المحللة النفسية يوديت يونج **Yudit Jung** بعنوان "فرويد والصهيونية: مزيد من الحوار" جاء فيه:

"قبل أن أصبح محللة نفسية، كنت أعمل في السلك الأكاديمي بحثاً و تدريساً في ألمانيا، وإسرائيل، والولايات المتحدة الأميركية. وكان موضوع أطروحتي: "تطور الهوية القومية لدى الطبقة العاملة في روسيا، وبولندا، وفلسطين في الفترة من 1889 -1929". واقتضى مني ذلك أن أكون على معرفة وثيقة بجذور الصهيونية، وكذلك بالحركة الثقافية غير الصهيونية المعروفة باسم البوند The Bund. لقد أمضيت ثلاث سنوات أبحث في أرشيف الدولة في أورشليم عن السياسات التي أدت إلى تأسيس دولة إسرائيل، حيث أتيح لي الاطلاع على الوثائق الأصلية والمصورة الخاصة بوزارة الخارجية البريطانية F. O ، و ملفات المخابرات المتعلقة بالأنشطة السياسية لكل من المستوطنين اليهود والأهالي العرب. لقد كان الاطلاع على تلك الوثائق محظورًا منذ 1938 -1968 نظراً لما تتضمنه من "معلومات سياسية حساسة"، ورفعت جولدا مائير ذلك الحظر عام 1968، ولم يلبث أن فرض الحظر من جديد عام 1973 و لمدة خمسين عاماً جديدة، باعتبارها مازالت تتضمن معلومات تعتبر شديدة الحساسية للرأي العام.

ومن بين العديد من الخطابات الأخرى، تضمنت تلك الوثائق صوراً من المناقشات التي جرت بين فرويد ورفاقه من اليهود الألمان في إسرائيل، وخارج إسرائيل، من الذين كانوا يودون إغراءه بقبول منصب في الجامعة العبرية التي جرى إنشاؤها آنذاك. لقد تم ترشيح فرويد، وكذلك إينشتاين للتدريس في الجامعة العبرية. ولقد اعتذر فرويد عن قبول ذلك العرض، شأنه شأن العديد من كبار المثقفين اليهود آنذاك. إن الخطاب الذي نشره "متحف فرويد" ينبغي أن يفهم في سياق صداقة فرويد لقادة الييشوف Yishuv عامة، وأولئك المنتمين لحزب "السلام" بوجه خاص. إن المهاجرين اليهود القادمين من بلاد تتحدث الألمانية، والذين تعرف الكثير منهم على بعضهم البعض في الجامعات الأوروبية، قد انضووا معا تحت قيادة حاييم أورلوسوروف Chaim Orlosoroff لإقامة "حزب السلام" الذي ضمت صفوفه العديد من المثقفين اليهود البارزين من ذوي الأصول الألمانية، مثل مارتن بوبر Martin Buber.

لقد حظي النقاش الذي كان يدور حول الملاءمة العملية للصهيونية العلمانية بمشاركة واسعة من أبناء الجماعة اليهودية الأوروبية، وليس من أعضاء اليشوف فحسب، بل أولئك المستوطنون الذين قدموا مؤخراً من أوروبا إلى فلسطين. ولم يكن في مقدور مثقف يهودي بارز، مثل فرويد، المقيم في فيينا، موطن تيودور هرتزل Theodor Herzl إلا أن يكون مشاركاً في ذلك الجدل الجاري آنذاك. ولكن في حدود معرفتي، فإن فرويد لم يتخذ أبداً على الإطلاق موقفاً رسمياً معادياً للصهيونية، بهدف الحيلولة دون مزيد من التطور للدولة

الإسرائيلية. كذلك فإنه لم يقطع قط روابطه بجذوره اليهودية، وظل محتفظًا بعضويته في جماعة بناي برث Bnei Brith طوال حياته.

لقد أشار فرويد بوضوح في الخطاب الذي نشره المتحف إلى"... إن تقييمي المتوازن للصهيونية لا يسمح بذلك... إنني أتعاطف مع أهدافها (كذا) وفخور بجامعتنا في أورشليم، وسعيد بازدهار استيطاننا" لقد كانت لدى فرويد شكوك في ما يتعلق بالإمكانية العملية لمشروع البيشوف، ولكن ليس في ما يتعلق بأخلاقيات أهداف المشروع".

فرويد صهيوني من نوع خاص:

لقد بدأت الصورة تتضح. إن الصهيونية لم تكن أبداً نسيجاً واحداً، وكان التباين بين تياراتها شديداً ومازال كذلك، وكان فرويد متعاطفاً مع واحد من التيارات الصهيونية النشطة آنذاك، وبالتالي فقد كان معارضاً لتيارات أخرى. ولم تكن تلك الحقيقة متاحة لي آنذاك.

ترى ما هي ملامح ذلك التيار الصهيوني الذي كان الأقرب لفكر فرويد؟ يبدو أنه ذلك التيار الذي أشارت إليه يوديت يونج مطلقة عليه اسم "حزب السلام"، وغني عن البيان أنه مجرد تشبيه، فليس ثمة حزب من الأحزاب الصهيونية يحمل هذا الاسم. إنه تحديداً فريق حاييم أورلوسوروف. ترى من هو حاييم أورلوسوروف؟

العديد من شوارع المدن الإسرائيلية تحمل اسمه، فضلاً عن كيبوتز جيفات حاييم، ومستوطنة كفار حاييم، ومستوطنة كيريات حاييم، وغيرها. حاييم أورلوسوروف أحد رواد الصهيونية الأوائل. ولد في روسيا عام 1899، و نزحت أسرته إلى ألمانيا، حيث نشأ ودرس في جامعة برلين، التي حصل منها على درجة الدكتوراه في الاقتصاد. هاجر إلى فلسطين عام 1924. رأس حزب الماباي، وكان صديقاً حميماً لحاييم وايزمان، الذي شاركه في تبني العديد من آرائه وأفكاره. لقد تبنى فكرة أنه ينبغي أن تتسع الوكالة اليهودية لعضوية غير الصهاينة، باعتبار الصهيونية تيار داخل حركة يهودية أشمل. كان ينادي بضرورة الاعتراف بالآمال القومية للعرب، ورغم أنه عايش فترات الاضطرابات العنيفة بين العرب واليهود، إلا أنه ظل مؤكداً إمكانية التواصل بين الصهاينة والعرب، حتى أنه اجتمع في نيسان / أبريل 1933 مع حاييم وايزمان، وأصدرا بياناً يدعو إلى تعاون ثنائي القومية Bi-national بين العرب واليهود.

وكان طبيعياً أن يلاقي مثل ذلك التوجه رفضاً عنيفاً من العناصر الصهيونية المتطرفة، وعلى رأسها تيار زيف جابوتنسكي. ولم يعش حاييم أورلوسوروف طويلاً بعد بيان نيسان / أبريل 1933، فقد أطلق عليه شابان يهوديان الرصاص في حزيران / يونيو من العام نفسه، ورغم أنهما قد نفيا ارتكابهما الجريمة، إلا أن المحكمة أدانت أحدهما، ويدعي أبراهام ستافسكي، وحكم عليه بالإعدام، إلا أن المحكمة لم تلبث أن نقضت الحكم وأفرجت عنه لعدم كفاية الأدلة. ولقد صرح أحد قادة تيار جابوتنسكي إثر واقعة الاغتيال بأنه "ينبغي أن نعتبر ذلك الشاب الذي أطلق الرصاص على أورلوسوروف في عداد القديسين"[5].

كان فرويد إذن أقرب إلى ذلك التيار الصهيوني، الذي لا ينطلق من رؤية توراتية لأرض الميعاد، ولشعب الله المختار. تيار يرى ضرورة أن تكون لليهود دولتهم دون قهر لشعب آخر، وبصرف النظر عن إمكانية ذلك أو استحالته، فقد كان فرويد في نهاية الأمر صهيونياً، ولكن من نوع خاص؛ كما كان أيضاً يهودياً من نوع خاص.

فرويد يهودي من نوع خاص:

يتفق ما سبق من موقف خاص لفرويد من الصهيونية، مع كون فرويد ليس باليهودي التقليدي، بل كان أقرب إلى ذلك الفريق من اليهود العلمانيين. لقد كان يهودياً ينتمي لتاريخ اليهود في أوروبا، بل وفي ألمانيا بالتحديد، يشعر بمشاعر الأقلية اليهودية التي عانت ماعانت من اضطهاد المجتمع الأوروبي، ولكنه لم يكن مؤمناً بالديانة اليهودية، ولا بغيرها من الديانات. لقد كان يهودياً من نوع خاص.

في عام 1987 صدر لبيتر جاي **Peter Gay** كتاب يحمل عنواناً بالغ الدلالة "يهودي لا يؤمن بإله: فرويد، والإلحاد، وخلق التحليل النفسي" **A Godless Jew: Freud, atheism, and the making of Psychoanalysis**، وإذا كان عنوان الكتاب يستوقف الانتباه، فإن المؤلف، بل ودار النشر يستحق كلاهما وقفة.

المؤلف مؤرخ معروف، أستاذ للتاريخ في واحدة من أشهر الجامعات في الولايات المتحدة الأميركية هي جامعة يال **Yale**، فضلاً عن تخصصه في التحليل النفسي الذي درسه في معهد وسترن نيو إنجلند للتحليل النفسي **Western New England Psychoanalytic Institute**، كما أنه عضو شرف بالرابطة الأميركية للتحليل النفسي **American**

---

[5] **"Yitzhak Rabin Remembered", Sermon given November 30, 2001, by Rabbi Samuel M. Stahl**

Psychoanalytical Association. ولقد استثمر المؤلف جمعه بين تخصصي التحليل النفسي والتاريخ في أن يحتل مكانة بارزة كمؤرخ للتحليل النفسي، ولمؤسسه سيجموند فرويد على وجه التحديد، فقد صدر له عام 1978 كتابه المعنون "فرويد، واليهود، وغيرهم من الألمان: سادة و ضحايا" Freud, Jews, and other Germans: Masters and Victims ، كما صدر له عام 1984 المجلد الأول من كتابه "الخبرة البرجوازية: من فكتوريا إلى فرويد" The Bourgeois Experience: Victoria to Freud وقد حمل هذا المجلد كعنوان فرعي "تربية الحواس"Education of the senses، وصدر المجلد الثاني من الكتاب عام 1986 يحمل عنوانا فرعيا "العاطفة الفضة"The tender passion، وفي عام 1985 صدر له كتاب "فرويد لدى المورخين"Freud for Historians، وفي عام 1988 صدر له كتابه الفريد "فرويد: حياة من أجل عصرنا"Freud: A life for our time

تولت نشر الكتاب جامعة يال بالاشتراك مع كلية الاتحاد اليهودي في كنكيناتي، وهو الأمر الذي يستوقف النظر، إذ يوحي بأن هدف المؤلف قد يكون إثبات يهودية فرويد، وهو ما يتنافى مع توجهات المؤلف، كما تفصح عنها بقية مؤلفاته، فضلاً عن العبارة التي انتقاها المؤلف من مراسلات فرويد ليستهل بها كتابه، بل ويقتبسها في عنوان الكتاب: "ترى لماذا لم يتمكن أي من المؤمنين من خلق التحليل النفسي؟ لماذا كان علينا انتظار يهودي لا يؤمن بإله على الإطلاق؟" ولم تكن تلك المفارقة لتفوت على صاحب الكتاب، فهو يشير في مقدمة كتابه إلى أن مادة الكتاب قد تبلورت خلال سلسلة من المحاضرات ألقاها بدعوة من كلية الاتحاد اليهودي في كانون الأول / ديسمبر 1986، و يعلق قائلاً[6]:

"قد يبدو موضوع تلك المحاضرات غريباً بالنسبة لمعهد لاهوتي، إلا أن رجال اللاهوت قد دأبوا، حقيقة، وطيلة قرون على الاستمتاع بمحاجاة غير المتدينين، ربما لشحذ مهاراتهم الجدالية"

ثم يمضي قائلاً:

"في إحدى مقالاته عن فنيات العلاج يروي فرويد قصة طريفة عن مندوب وثائق تأمين على الحياة، ورجل دين. ويسوق فرويد هذه القصة هجوماً على أولئك المعالجين النفسيين الذين يقبلون بتنازلات في ما يتعلق بأساسيات ممارساتهم الفنية سعياً لحلول توفيقية، ولكن القصة

[6] Gay peter, A godless Jew: Freud, atheism, and the making of psychoanalysis, Yale University press, New Haven and London, in association with Hebrew Union College Press, Cincinnati, 1987

تكشف في الوقت نفس إلحاد فرويد. مرض مندوب وثائق تأمين على الحياة معروف بإلحاده مرضاً شديداً، ووافق تحت إلحاح أسرته أن يستقبل كاهنا، وكانت الأسرة تأمل أن يتمكن الكاهن من كسب المريض إلى صفوف المؤمنين قبل أن يموت، واستمر لقاء الكاهن بالمريض في غرفة مغلقة مدة طويلة. واستبشر الأهل بذلك خيراً، إذ أن مريضهم الملحد لم يطرد الكاهن. أخيراً خرج الكاهن من الغرفة مجهداً، معلناً إنه لم يتمكن من هداية المريض المحتضر، بل إن المريض أقنعه بالتوقيع على وثيقة تأمين على الحياة".

لقد كان فرويد يهودياً من نوع خاص. كان ملحداً لا يكف عن إعلان إلحاده، وفي الوقت نفسه يعتز كل الاعتزاز بأصوله الحضارية اليهودية. لقد حرص على استمرار عضويته في جماعة بناي بريث (أبناء العهد) اليهودية حتى وفاته. ومع ذلك قد أورد إرنست جونز كاتب السيرة المعتمد لحياة فرويد، ورفيق دربه في مسيرة التحليل النفسي، في الصفحة 246 من صفحات المجلد الثالث من سفره الشهير المعنون "حياة سيجموند فرويد وأعماله"، أنه في صبيحة السادس والعشرين من أيلول / سبتمبر 1939 أي بعد مضي ثلاثة أيام على وفاة فرويد قد تم إحراق جثمانه، كما تم الاحتفاظ بالرماد في إحدى الجرار الإغريقية الأثرية التي كان يفضلها فرويد من بين مقتنياته. وغني عن البيان مدى تعارض ذلك مع التقاليد الدينية اليهودية إلى حد أن إحدى الفتاوى اليهودية المنشورة على شبكة تنص على أنه "إذا ما طلب يهودي حرق جثمانه فينبغي إهمال الطلب، فإذا ما نفذ طلبه فمن نفذوه يشاركونه العقاب الإلهي" كان فرويد كذلك صهيونياً لا جدال، ولكنه كان صهيونياً من نوع خاص.

كذلك فقد أورد جونز في الصفحات 137 -138 من المجلد نفسه المشار إليه، أن فرويد قد تلقى قبيل وفاته بشهر واحد دعوة لكي يتولى رئاسة مؤسسة YIVO وهي مؤسسة بحثية يهودية شهيرة تأسست في بولندا عام 1925 ثم انتقل مقرها الرئيسي إلى نيويورك منذ عام 1940 وهي تهتم أساساً باليهود الأشكنازيم من حيث التاريخ والمجتمع والثقافة وكان رئيسها موزوس جاستر Moses Gaster قد توفي قبيل أن يعرض المنصب على فرويد. و قد أملى فرويد رده بالإنجليزية على هذه الدعوة، ويشير جونز إلى هذا الرد باعتباره الخطاب الوحيد من خطابات فرويد الذي لم يكتبه بيده. الخطاب مؤرخ في 1939/8/19 يعتذر فيه فرويد عن قبول المنصب، مرجعاً اعتذاره بالإضافة إلى حالته الصحية إلى"تلك المعارضة العنيفة التي أثارها كتابي عن موسى والتوحيد في الدوائر اليهودية، يجعلني أشك في أنه قد يكون من صالح مؤسسة YIVO أن تحمل اسمي كرئيس لها".

لقد كتب فرويد إلى شارلز سنجر خطاباً يحمل تاريخ 31 تشرين الأول / أكتوبر 1938، أي قبيل عام من وفاته يقول فيه "إنني لم أخف عدم إيماني قط، سواء في كتاباتي، أو في حياتي الخاصة".

خاتمة

لعله ليس مألوفاً أن يقدم كاتب على إعلان مراجعته لما سبق أن انتهى إليه، و لا أجد حرجاً في أن أعبر عما أحسست به من مفاجأة حين اكتشفت أنني حين كتبت ما كتبت كان ثمة تفاصيل غائبة آنذاك، ولكني لم أجد بداً من الإقدام على إعادة النظر، ولعل ما شجعني على ذلك، أن ما اكتشفته مؤخراً، وإن عدل من حقيقة انتماء فرويد للصهيونية، فإنه لم يفسر إقدام فرويد على إضفاء تلك الغلالة من السرية على تنظيم التحليل النفسي. ذلك ما قد تكشفه وثائق جديدة، أو رؤية جديدة ما زالت في علم الغيب.

العلاج النفسي للأسرى وضحايا العدوان

تأليف

الدكتور محمد أحمد النابلسي

الأمين العام للاتحاد العربي لعلم النفس

يسجل للمؤلف سبق إصداره لأول الكتب العربية الباحثة في موضوع الحروب وضحاياها على المستويات النفسية والسيكوسوماتية. فقد أصدر النابلسي دراسته عن الحرب اللبنانية في العام 1985 وهي استخدمت مرجعاً في غالبية الدراسات التي تناولت هذه الحرب.

ويأتي هذا الكتاب ليتوج أعمال المؤلف في هذا المجال حيث يركز على موضوعين هامين هما رعاية الأسرى ومعاناة الضحايا من الوساوس المرضية ومخاوف الموت التي تنتشر بصورة وبائية في المجتمعات المتعرضة للحروب والكوارث. مما يجعل من هذا الكتاب ضرورة ملحة لكل معالج عامل في هذه المجتمعات.

يطلب من مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية (إصدار عام 2001).

علم نفس الحروب والكوارث

موقف العرب من الصدمات والحروب والكوارث

د. جيمي بشاي

يبدو من مراجعة الأعداد الأخيرة للثقافة النفسية المتخصصة أن هناك عدة مواقف واتجاهات مختلفة ما بين الغضب، والتجنب، الصدم، والتشتت، والتشظي، إلى الصمت، وعدم الإفصاح عن الانفعالات الجياشة التي تدور في الصدور، ولم يفسرها العقل بأسلوب علمي هادئ تترك بعده.

وهذه الأسرار العلمية وردت في بعض الأعداد التي سجلها نخبة من كبار الأطباء، وعلماء النفس من العالم العربي. وقد يختلف موقف عربي مقيم في أميركا منذ عام 1960، مثلي، عن الباحث العربي الذي عاصر هذه الأحداث في موطنه، ولكن خبرتي كمعالج نفسي في خدمة المحاربين الأميركان في ولاية بنسلفانيا تجعلني أعايش صدمات الحروب والكوارث مرتين. المرة الأولى بالتعاطف مع المرضى الأميركان العائدين من حرب العراق، ومرة أخرى باعتبار أني أميركي من أصل عربي، وأشعر بالتعاطف مع الأخوة في العراق، الذين يناضلون ضد الاحتلال الأميركي الغاشم. من وجهة نظري كعربي، يتعين على أن أدرس مرضاي بموضوعية علمية دقيقة، ووفق نصوص حددها التصنيف الأميركي للأمراض النفسية، وتُعرف بالإصطلاح DSM. IV، إذ توجد مجموعة ثابتة من الأعراض النفسية، حفظها العلماء الأميركان بعد مراجعات علمية، ودراسات متعمقة ومتتابعة لهذه الأعراض، التي تتوف على العشرين، وحدثت تعديلات في الأعراض منذ تحدد وصفها بعد الحرب العالمية الثانية بصدمة الانفجار shell shock. ويدخل التأويل الفلسفي، حتماً، وتفسير العبارات التي تحمل مضمون هذه الأعراض، عملية التشخيص، التي تحدد كمية التعويض المادي الذي يحصل عليه الجندي المريض من الحكومة الأميركية. وتوجد وزارة متخصصة تعرف بوزارة المحاربين

القدماء لتأمين الأمن للعائدين من الحرب، ودخولهم المجتمع المدني، واستئناف أعمالهم كالمعتاد، وكل هذا غير موجود في الدول العربية، وبالتالي فإن هناك ذوقاً حضارياً يدخل في صميم معنى الآثار التالية لصدمات الحروب، ثم هناك الفرق بين جندي يحارب لاعتقاد بأنه ينشر الديموقراطية في الدول المتأخرة، وعربي يحارب للدفاع عن بلده ضد المحتل، ولكل من هذه الاعتبارات أثرها في تأويل معنى القتل، أو التعرض للقتل والتعذيب،ولكن ما أنشده من هذه الورقة هو إعادة النظر في تفسير الآثار التالية لصدمات الحروب والكوارث، بحيث لا نختزلها إلى أعراض ثابتة لا تتعدل طبقاً لكل هذه المفرزات الاجتماعية والسياسية. هناك ثوابت عن آثار الصدمة والكبت في المخ، أسفرت عنها الأبحاث العلمية الحديثة، وهي معروفة لدى الاختصاصيين. ولكنها غير واضحة المعالم، ولم تتوصل الأبحاث الأميركية المتعمقة الوفيرة، ومن نتاج أعمال نخبة ممتازة من الأطباء النفسيين وعلماء المخ **neuro science** إلى تحديد مراكز محددة للخلل، أو لآثار الصدمة في الجهاز العصبي كله. وللدكتور محمد نجيب الصبوة مراجعة نظرية متقدمة حول أثر الصدمة في الذاكرة الثقافية العربية **2000**، وبناء على خبرتي في مشفى المحاربين، حيث أشاهد ما بين **8 -10** محاربين قدماء يومياً، أرى أن الآثار التالية للصدمات والكوارث تختلف أكثر مما تتشابه ما بين وحدات عسكرية، وما بين مارينز، وجيش وبحرية، وأيضاً ما بين حرب وأخرى، فالحرب العالمية الثانية تختلف عن حرب فيتنام. وهذه الأخيرة تختلف عن حرب العراق. ولا شك أن هناك فروقاً حضارية، وعوامل دينية وثقافية، تدخل في تشكيل نوعية هذه الصدمات، ولهذا أجد صعوبة في تطبيق التصنيف الأميركي، الذي يقدم تعريفات إجرائية مختصرة لأحد الأعراض، كالتجنب الصدمي مثلاً **Avoidance** وكأنه تعريف جامع مانع، وما هو بذلك للأسباب التي ذكرتها، وهي أن كل جندي يختلف في سرده للقصة **Narrative** التي يرويها عن المعاناة. هذا جندي يؤمن بأن العراق، أو صدام حسين، مسؤول عن تدمير مبنى التجارة العالمي في نيويورك في **11** أيلول **2001**، وآخر يعتقد بأنها حرب لتأمين سلامة الولايات المتحدة، وحليفتها إسرائيل، من بطش أسلحة الدمار الشامل، التي لم يثبت وجودها في العراق بعد قيام الحرب. والتعريف الإجرائي للتحقيق الصدمي يقول إن المحارب يتجنب ذكر الحادث المؤلم في أحاديثه العادية، وهناك بالطبع العائد المادي، لسرد الحادث في الجلسة، والبعض قد يسرد بالتفصيل ذلك الحادث الصدمي، بينما قد لا يسرد آخرون التفصيلات، وقد يستعين الجندي بأعراض سمعها، ولم يختبرها، ولكن توجد مؤشرات تعين الباحث على التأكد من مطابقة الخبرة بالسرد، ومن شأنها أن تجعل المستجيب على الدرجة الكاملة، سواء كانت بالتفصيل، أو بدون تفصيل.

وهناك اشتباك ما بين ذاكرة الجندي، وذاكرة المعالج، والذاكرة التاريخية للـ PISD في الغرب، وأهمية سرد الحدث الصدمي. فالتصنيف PISD يفسر، أولاً يأول، العلاقة السببية والكمية بين الصدمة النفسية، والظاهرة التجنبية، على أساس أنه تاريخ يمكن إعادة تفسيره في العلاج. وأما إذا كانت الخبرة مكبوتة، أو ممنوعة، بمعنى أن المحارب يتجنب الحديث عنها، مع أنها غير مكبوتة، فإنها قد تؤكد التشخيص العلمي، وقد لا تفيد كثيراً في العلاج. ومن هذه الإشكالية بين التشخيص والعلاج تطور المنهج التجريبي الأميركي، بإضافة التأويل والتفسير، واعتبار لغة الحكاية التي يسردها المحارب NARRATIVE مادة من مواد البحث، يمكن عن طريقها التأكد من سلامة أو صدق VALIDITYالتشخيص للآثار التالية للصدمة PTSD، ويمكن اعتبار هذا المنهج الإمبريقي الكمي من ناحية خطوة تمهيدية، والتأويل العصري الظواهري يعقب ذلك هو إذن إضافة هامة للمنهج العلمي في مرحلة ما بعد الحداثة المعاصرة. وأصحاب هذا المنهج العصري الظواهري أمثال ريكور RICOEUR وهابرماس HABARMAS وجاد أمار Gadamer، لهم منشورات وكتب توضح جدوى هذا المنهج في معالجة الإشكاليات التي يتحدث عنها البروفسور يحيى الرخاوي، والبروفسور قدري حفني، وأ. محمد أحمد النابلسي، و أ. سامر جميل رضوان، وغيرهم. في أعداد الثقافة النفسية المتخصصة، ولا سيما ملف تشرين الأول2006.

إن هذا المنهج الظواهري phenomenology التالي للمنهج الهيجلي الجدلي dialectic يمتاز عليه بكونه يتجاوز الحدث الشخصي إلى الحدث المشترك، بارتكانه على الفهم المتعاطف بين الأنا والآخر، وهذا الفهم المتعاطف بالتأويل سيتطلب صبراً ومثابرة، ولكنه أكثر جدوى من الاعتماد على نتائج كمية تجريبية فقط.. إنه يشمل تكتيك النية اللغوية للحكاية narrative التي صاغها المحارب خلال لحظة من لحظات الاصطدام بالعدو، وفي وضعية تقول" أقتل عدوك قبل أن يقتلك"، مضافاً إلى ذلك الوهم الذي تعلمه خلال التدريب الحربي قبل الحرب بأن العرب إرهابيون اعتدوا على سلامة أميركا، ويهدفون القضاء على الغرب. وينسج الجندي حكاية narrative في ذهنه ذلك، و يتوهم فيها إنه لم يقتل أحداً، وإنما حقق أمل الوطن فيه بالذود عنه، وأدى رسالة نبيلة لأهله ومواطنيه، وتستحق في الوقت نفسه المكافأة المادية التي تعرفها للحكومة طبقاً لنوعية الصدمة وشدتها، وقد تصل إلى ثلاثة آلاف دولار في الشهر، معفية من الضرائب. ولا شك عندي أن كل مصاب بالـ pisd

جدير بهذه المكافأة، وبما أن هناك أكثر من عشرين بنداً من بنود الأعراض التي يتعين على الشخص، أو المعالج، تقييمها، فإنها عملية قابلة للوقوع في أخطاء بعدم إعطاء وتشخيص لمن يستحق false positive وتشخيص آخر بصدمات لم تحدث له، أو ما يعرف false negative، ثم هناك عملية تبرير أخلاقيات القتل في سبيل الدفاع عن الوطن. وكنت، خلال فترة علاجي للمحاربين من فيتنام، لا أشعر بالانفعال حينما أستمع لمحارب وهو يصف أهل فيتنام بأنهم قمامة حقيرة متأخرة، ولكن تغير الوضع تماماً حينما راح البعض يسرد لي كراهيته للعرب، وتحقيرهم للعلميات البطولية التي قام بها العراقيون للدفاع عن بلدهم، ولا تذكر الجرائد الأميركية مثلاً أن نصيب العراقيين 655 ألف قتيل، وأن عدد الضحايا العرب على يد أميركا وإسرائيل منذ عام 2001 بلغ حوالي مليون قتيل. ووجهة نظرة الأميركي العادي هي أن الجندي الأميركي يؤدي رسالة لبث الديموقراطية بين العرب، وتأملت قول البروفسور يحيى الرخاوي أن هذه الكوارث قد تعلم منها كيف نعيش، ولمن نموت، وأن الباحث في علم النفس بحاجة إلى إرادة التغيير، أي تغيير وجهة النظر، وهدوء فاعل مخترق ومثابر يمتد لغاية تاريخ يصفه الباحث بدراسة تبرير أخلاقيات الفعل، والتفرقة بين التاريخ الحقيقي والمزعوم لهذا التبرير.

والسؤال عن موقف علم النفس العربي تجاه صدمات الحروب يحملنا على التساؤل حول هوية علم النفس العربي، وهل مفهوم العدالة والمساواة في التاريخ الإسلامي هو مفهوم العدالة نفسه في فلسفة الغرب.

هوية الإنسان العربي توجد وتنمو وتتكامل وتتضح في خضم علاقات اجتماعية وثقافية متداخلة، وهي تتجلى في صيغ، وترتسم في أشكال متعددة، وتتنوع بتنوع نشاطات الفرد الأسرية، والمهنية، والسياسية، والثقافية، والفكرية، وتتعدد بتعدد المواقف والأزمات، مثل تلك الكوارث والحروب التي يعانيها العالم العربي والإسلامي منذ مطلع القرن العشرين، وقد كان لمجلة الثقافة النفسية دور هام في معالجة هذه القضية، ولا سيما في عدد تشرين الأول من عام 2000، حيث قدم كل من الدكتور محمد النابلسي، والبروفسور فرج عبد القادر طه، ود. عبد الوهاب المسيري، رؤيتهم للهوية العربية الراهنة، وقد تحدث كل منهم عن المخاطر الثقافية للعولمة على تشكيل شخصية الإنسان العربي.

الهوية متعددة الجوانب والمستويات، في مجموعها عربية إسلامية إنسانية، والجانب العربي هو الأساس، لأنه يميز بين الماضي، والحاضر المعاش، وهو الأساس أيضاً بفضل اللغة العربية

التي يتحدث بها أكثر من 200 مليون، في حين أن تراث إسرائيل اللغوي لا يتجاوز 4 ملايين منهم يتحدثون باللغة العبرية، ولهذا نجد نهضة واضحة الملامح في دراسة الشخصية العربية بأقلام المفكرين العرب، في حين أن الهوية اليهودية باهتة، ومشتتة، وموزعة، بين قوميات متعددة في أوروبا الغربية، التي لها منظوماتها الأخلاقية والقيمية المختلفة، وهنا يكمن سر الازدهار والنهضة.

ولا يزال موقف علم النفس العربي حيال الأزمات التي يمر بها حالياً بحاجة إلى مزيد من التكامل، وذلك بمقارنة عرض وجهات النظر المختلفة التي طرحها مفكرون عرب، أمثال عبد الوهاب المسيري، والجابري، وبرهان غليون، ومحمد أركون، وغيرهم. وتوجد قواسم مشتركة، كما قال الدكتور النابلسي في كتابه "العلاج النفسي لضحايا الحروب والكوارث" وغيرهم، ولكنها بحاجة إلى تأصيل تاريخي يربطها بجذورها في الفلسفة الإسلامية، وبالتالي إرساء فكر فلسفي عربي يقوم على قواعد وأبنية راسخة في تاريخ الحضارة. وكان بحث الدكتور حسن حنفي 1987 محاولة لتحليل الشخصية العربية الإسلامية والمصير العربي، في إطار نظري فينومينولوجي، وهو جدير بالمتابعة على منهج التأويل الهيرنيطيقي الجديد، والدكتور حسن حنفي درس على يد ريكور في فرنسا.

ومن مقومات التطور في دراسة الشخصية العربية، الاعتماد على المنهج الأمبريقي الغربي وحده، والذي يقوم على الموضوعية، ودقة المقياس الكمي، في حين أن مادة البحث في الوطن العربي أكثر تعقيداً، وقد لا تتضح ملامحها بالاعتماد على مقاييس للشخصية المعربة، عوضاً بالترجمة، وكذلك باختلاف التعاريف المستخدمة. وبالتالي فقد أصبح عالم النفس العربي غير مهيئ نفسياً لمقاومة تجدد النظريات والمقاييس، وإحداث تكامل وارتباط حداثات المجتمع العربي، وتاريخه، وثقافته، وأصبح المبرر لاستخدام نظرية، أو مقاييس للشخصية، هو الاستعمال النمطي، وأصبحت المكتبة العربية عرضة لظواهر النكوص، والتثبيط (أبو حطب 1993). ربما يفسر بعض الباحثين عدم الثقة في المراجع العربية إلى إثارة الاستشراق (إدوارد سعيد 1978) وغياب الفلسفة الإسلامية من مناهج البحث في الجامعات العربية. وعلى الرغم من اكتشاف ابن رشد للتأويل كمنهج علمي، في شأن العلاقة بين الشريعة والبرهان العقلي، إلا أن أثره لم يحقق نجاحاً في إحياء علم النفس العربي كما نجح في إحياء علم النفس في أوروبا.

لقد حاول فرح أنطون في كتابه ابن رشد وفلسفة مجاراة تيار التمدن الأوروبي في التوفيق بين العلمانية والسلطة الدينية عن طريق العقلانية، ولكن محاولاته اصطدمت بعقبة الخوف من الوقوع في الإلحاد الذي وقع فيه الغرب بعد ظهور العلمانية. وهو ما رفضه د. زكي نجيب محمود في حديث له 1999 يرد فيه على الذين يقولون إن العلمانية خطر على الإسلام، بأنهم في كل ما ذكروه إنما يتكلمون عن ديانات أخرى غير الإسلام. إن العلمانية ليست كفراً، أو من المحرمات الثقافية والعلمانية. مع ذلك قد تكون بحاجة إلى المزيد من الإجراءات التفسيرية التي جاءت في أعقاب فلسفة ابن رشد، حيث حاول د. يوسف مراد ضم منهج الجشتالت إلى جانب التفسير الشبكي nomothenc المقبول لدى السلوكية. وبذلك يتحقق منهج تكاملي يكون مسترشداً بالحركة الدائرة شبه اللولبية، عوضاً عن الاتجاه الواحد، وأخذ كل جزء على حدة، ثم جمع الأجزاء في الكل. والمنهج التكاملي ينطلق من التفسير الشبكي للأجزاء إلى البناء العام، أو الجشتالت. بالتالي يمكن فهم البناء وتعميم المعرفة، عمقاً ومدى، ومع أنه هذا الاتجاه كان سابقاً لعصره، ومع أنه تطور حالياً إلى المنهج العصري في أوروبا، الذي فسره ريكور Ricoeur في دراسته لفرويد 1967، إلا أن يوسف مراد اصطدم بدعوة قدمت ضده بأن أحد أساتذته من السوربون كان اشتراكياً، وإن كان يحمل مبادئ اشتراكية، ويحمل طلابه على الاشتراك مجامع علم النفس، وكانت صدمة نفسية لم يتحملها مراد تماماً، وبإغلاق مجلة علم النفس، ووفاة الدكتور يوسف مراد 1966/9/23 افل نجم المذهب التكاملي في علم النفس. فعاد الباحثون العرب الى تفعيل علم النفس العربي حرفياً، وتبنوا العلمانية الأميركية، دون أن يدركوا ذلك، لأن القيمة الغربية الواردة في أبحاث علم النفس اليورو أميركي" تقوم على النجاح والفشل، والمظاهر السطحية والاستهلاكية للسلوك، دون التعمق في القيم الدينية، كالفضيلة والعدالة والمساواة.. إلخ. واقتنع البعض بأن القيم العربية تقوم على القدرية والغيبية والأدبية، التي لا تصلح مادة للبحث العلمي. والواقع خلاف ذلك تماماً، كما حاول المنهج التكاملي أن يقرره في عدة دراسات نشرت في مجلة علم النفس. كانت هناك دراسات مثلاً عن التخاطر بمعنى telepathy، ولكنها كانت تستخدم نفس المنهج العلمي الذي حققه رايان Rayan في دراسات علمية شعائرية في جامعة دريك في الولايات المتحدة الأميركية، وكانت له دراسات استخدم فيها دراسة الحالة الواحدة في نمو الفكر عند الطفل، وإلى جانب هذه الابتكارات كان يشيد بأهمية دراسة فلسفة ابن رشد. واستطاع أن يستلهم من التراث العربي فكرة توسيع مناهج البحث، بحيث تترسخ جذور علم النفس

العربي في الأدب والفلسفة، ولا يصبح علم النفس العربي مجرد استيراد لمعارف منقولة من باحثين ألمان، أو إنجليز، أو أميركان.. ولا ينكر أحد أهمية الإنجازات العلمية الهائلة التي حققها علماء الغرب، ولكن إنكار التراث العربي الإسلامي يؤدي إلى انحطاط اللغة العربية كلغة علمية، بل وأدبية أيضاً، فقد قال نجيب محفوظ عن فوزه بجائزة نوبل إن الجائزة الحقيقية هي للغة العربية. فالاقتصار على المستورد من اللفاظ جلب ألفاظاً دخيلة لا معنى لها عربياً، مثل احترام النفس أو التغذية الراجعة، فالترجمة لا تلهم، ولا توحي بالابتكار والإبداع، وإنما تزيد من حدة التوتر، وتؤدي إلى الملل وضعف القريحة، في علاقة أحادية البعد، بحيث يظل الباحث العربي يلهث جرياً وراء أستاذه الإنجليزي، أو الأميركي، دون أن يشب ويخرج عن الطوق، ويحقق الخدمات التي ينشدها للوطن العربي.. ويجدر بالباحثين العرب دراسة فلسفة ابن رشد من جديد، وإدخالها في مناهج البحث، لتمثل محاولة أصلية بدأت محاولة جادة للتدقيق بين الوحي والإيمان من جهة، والعقل والبرهان من جهة أخرى. وحاول ابن رشد أن يزيل التوتر بين الفلسفة والدين، وليست هذه قضية علم النفس حالياً، ولكنه يمكن الإفادة منها في توسيع منهج البحث.

ويقول ابن رشد في كتاب د. مراد وهبة، (1999 ص 242) إن إعادة التفسير بشكل بنيوي Strnctural بالبرهان يسانده التفسير التاريخي بالتأويل. إذ تقرر أن الشرع قدر النظر بالعقل في الموجبات واعتبرها، وكان الاعتبار ليس أكثر من استنبطان المجهول من المعلوم، واستخراجه منه، وهذا هو القياس. ومن الواجب أن نجعل نظرنا في الموجودات بالقياس العقلي. وبيّن أن هذا النحو من النظر الذي دعا إليه الشرع، وحث عليه، هو أتم أنواع النظر بأتم أنواع القياس، وهو المسمى برهاناً. وإذا كانت هذه الشرائع حقاً وداعية إلى النظر المؤدي إلى معرفة الحق، فإنا، معشر المسلمين، نعلم على القطع أنه لا يؤدي النظر البرهاني إلى مخالفة ما ورد به الشرع، فإن الحق لا يضاد الحق، بل يوافقه، ويشهد له، وهذا كلام منطقي هادئ لا يتم بالمهارة، وقرع الحق والبرهان، وفرصة سيطرته على الآخر أنه يريد الاستعارة. وخلاصة القول إن موقف علم النفس العربي حيال الصدمات، سواء أكانت صدمات، أو كوارث ناجمة عن غزو حربي، أو غزو ثقافي، تؤدي غالباً إلى توتر، وآثار تزيد من التبعية والاعتماد على الآخر بالنقل، عوضاً عن الابتكار والتفكير.

وأنا كمهاجر عربي لأميركا، أشعر بهذا العجز الفكري، بحيث أجد نفسي أكثر طلاقة في التعبير بلغتي الإنجليزية المكتسبة عن التعبير بلغتي الأم الأصلية، كما أن الوعي

لدي بالمشكلات النفسية الأميركية أكبر من الوعي بالمشكلات النفسية العربية. وبالتالي لا أستطيع فهم أعراض الصدمة PTSD في حالات عربية عرضت لي خلال زيارتي للكويت. بينما أمارس تشخيص هذه الحالات عند الأميركان منذ عدة سنين بمنتهى السهولة. فأنا أعاني مشكلة عدم فهمي لمعنى السلوك التجنبي باللغة العربية، في حين أفهم المعنى الإنجليزي من خلال خبرتي مع الجنود الأميركان من خلال معالجاتي الطويلة لهم. ولا شك أن الأعراض قد تختلف من حرب إلى حرب، ومن جيل إلى جيل، ولكن هناك أيضاً التوتر الفكري خلال سرد الحكاية، أو لغة الخطاب. ولا بد من إدراك المعاني التي أدت إلى الفعل الصدمي. وهذا ينطبق على التأويل في منهج البحث العلمي أيضاً. ويمكن اعتبار كل قضية علمية، مثل قضية الوحي والعقل كصدمة نفسية بحاجة لتأويل جديد يقوم على فهم مشترك بين تأويل الوحي وتأويل العقل، كما فعل ابن رشد في القرون الوسطى، وكما فعل ريكور في نقد التأويل، الذي هدم تأويل الدين، وأنشأ على أنقاضه التحليل النفسي. حيث جاء فرويد بالتفصيل الجديد في مقال مندر عياش في الثقافة النفسية تموز 2006 ص 45 -47. إذ يعطي التأويل النفسي تفسيراً للكبت الجنسي عند المريض، بحيث يطبعه تأويل التحليل النفسي لمأساة تاريخية لأوديب، الذي قتل أباه وتزوج أمه، من غير أن يريد.

ولكن هذا حدث، أو قد يكون حدث في التاريخ، وما شأن المريض به؟. التأويل هنا يقود المحلل إلى مأساة واحدة، في حين أنهما قصتان واحدة قديمة، وأخرى جديدة. وقد لا تجدي منهجية تداعي الخواطر في الكشف عن التطابق المنشود بينهما. وتحقيق العدالة في الحكم على صدق التأويل، من وجهة نظر المحلل، يقوم على أساس مطابقته لما حدث فعلاً في التاريخ. وهذا أمر غير معلوم، وإن أقرته الأديان. ولكن فرويد هدم نظرية الدين، واستبدلها بوجهة نظر. وبغض النظر عن صدق تأويل فرويد أو عدم صدقه فإن الأمر يستدعي إعادة صياغة التأويل من وجهة نظر الآخر في حوار بين فرويد والآخر. واستناداً الى التاريخ بمعناه الحديث، قام حوار بين ريكور ولاكان، lacan حول هذه القضية، وتبين أن هناك أكثر من وجهة نظر بهذا الخصوص. وهنا يبرز المنهج الهيبرنيطيقة الذي يذهب أبعد من التحليل النفسي، وأبعد من المرافعات القضائية في المحكمة.

إن البحث العربي حول الآثار التالية لصدمات الحروب والكوارث بحاجة لمزيد من المتابعة لدراسات الفلاسفة العرب، أمثال د. عبد الوهاب المسيري، والدكتور مراد وهبة، ود. حسن

حنفي، وغيرهم ممن ورد ذكرهم في مجلة الثقافة النفسية المتخصصة. إن هذا المنهج نابع اصلاً من أرسطو في كتاب الأخلاق، ومروراً بعدة تطورات في الفلسفة الإسلامية والعربية، ولا يتم التأكد من صدق المطابقة بين السرد القصصي، أو اللغوي، للحكاية التي يرددها الفرد من خلال رؤيته المحدودة للصدمة وبين الخبرة الأصلية. وهنا لا تكفي التعريفات الإجرائية لتحديد آثار الصدمة بدون دراسة مستوفية لوجهات نظر نابعة من دراسة تاريخ الإنسان، ووجهات النظر المختلفة حول العدالة والمساواة، وهذا من الناحية الشمولية لكل الآثار اللاحقة بالصدمات والكوارث، وهو مشروع هام وجدير بدراسات متعمقة من علماء النفس في العالم لعربي.

وهناك أيضاً ما جاء في كتاب الفيلسوف الفرنسي بول ريكور، في نقده لدراسة التحليل لنفسي في حالة صدمة نفسية، كالاغتصاب، أو العقدة النفسية. هناك كما يقول ريكور رؤيتان، رؤية المعالج المؤمن بوجهة نظر فرويد في التحليل النفس، وهناك رؤية أخرى لمعالج خر ينتمي لمدرسة لاكان، ولا شك أن رؤية المريض تتشكل بإيحاء من رؤية المعالج. وبالتالي هناك إشكالية إحداث توافق بين تفسيرات تعتمد على وجهات نظر مختلفة في تفسير الإشباع لجنسي، وتاريخه في حضارة الإنسان، بالإضافة إلى وجهة نظر الأديان المختلفة، سواء أكانت يهودية، أو مسيحية، أو إسلامية. ولا يمكن عزل هذه المؤثرات الثقافية عن عملية العلاج لنفسي الحالة الواحدة، ناهيك عن حالات الحكم على رئيس جمهورية لأنه اتخذ قرار جماعياً أودى بحياة عدد كبير من الضحايا. إذ لا يمكن تحقيق عدالة بدون اتخاذ هذا المنهج لهيرنيطيقي، الذي يتطلب شمولية في تفكيك ذاكرة المحلل، أو القاضي، إلى جانب ذاكرة لمريض، أو المتهم. وهذا المنهج يتجاوز التفسير الاقتصادي والوراثي عند فرويد، كما يتجاوز لاعتماد على البرهان المنطقي، كما ورد في فلسفة ابن رشد. وقد تكون هناك تأويلات مختلفة لما ورد في كتاب ابن رشد "فصل المقال" وقد يحمله د. مراد وهبة على أنه يعارض ملاك لحقيقة المطلقة، ولكن عند د. حسن حنفي لا يعارض، وإنما يدخله في وجهات نظر تاريخية يمكن تأويلها باستخدام منهج الظواهر الفيزيولوجية، أي بالجمع بين الرؤية الفرويدية والرؤية لجماعية الأنطولوجية. ولا تكفي نظرية التحليل النفسي لتحقيق صدق التفسير، أو سير لعدالة، بدون هذه الإضافة المنهجية. فالنظرية رؤية منزوية لا تكشف معنى الصدمة، وإنما هي تنتشل أطرافاً من تداعي خواطر وذكريات المريض. ولم يتوصل فلاسفة العلوم من أمثال غروبناوم في جامعة بتسبرج في جامعة كاليفورنيا، إلى حكم قاطع حول جدوى العلاج

بالتحليل النفسي. و يؤكد جروبناوم إن صدق النظرية الكبرى وحده لا يكفي، لأن هناك الإيحاء بالنتيجة سلفاً، عن طريق انتظار مؤشرات معينة في تداعي الخواطر، كما يقول كارل بوبر إن نظرية فرويد لا يمكن الحكم عليها بالجدوى، أو عدم الجدوى، للفاصل الزمني بين الخبرة والسرد... (يمكن الاطلاع على هذه الإشكالية في مقال من ترجمة صابر أوبيري بعنوان "ما تبقى من المكبوت الفرويدي، **2006**"... وآمل أن أكتب بحثاً متابعاً لما أورده ريكور في كتابه الأخير بعنوان "العدالة في دراسة الصدمة النفسية".

المراجع:

- Ricoeur p. Freud Tr by D. savage yaleu press 1970

- أبو حطب: فواز 1993 - مشكلات علم النفس في العالم الثالث - حالة الوطن العربي. في علم النفس جامعة محمد الخامس 9 -13.
- محمد أحمد النابلسي: 1992 الصدمة النفسية علم النفس الحروب والكوارث - دار النهضة العربية بيروت.
- محمد أحمد النابلس: 1992 أخطاء التشخيص السيكاتري - مجلة الثقافية النفسية العدد 37 يناير.
- محمد أحمد النابلسي: 1990 عصاب الكارثة في العيادة العربية، فصل في كتاب للمؤلف - دار الطليعة تحت عنوان (نحو سيكلوجيا عربية) - بيروت.
- محمد أحمد النابلسي: 1995 1995 نحو سيكولوجيا عربية - بيروت - دار الطليعة.
- حسن حنفي 1987 هل يمكن تحليل الشخصية العربية الإسلامية والمصير العربي من منظور إقليمي في إطار نظري عربي استشراقي، مجلة العلوم، الاجتماعية 311 - 325.
- عاقل فاخر: 1965 سورية ص 335 - 371 في نشاط العرب في العلوم الاجتماعية في مئة سنة - سلسلة العلوم الشرعية - الحلقة الثالثة والأربعون، بيروت - جامعة بيروت الأميركية.
- غليون برهان 1990 (اغتيال العقل الجزائري).
- يوسف مراد: 1965 في نشاط العرب إلى العلوم الاجتماعية في مئة سنة، سلسلة العلوم الشرعية - الحلقة الثالثة والأربعون - بيروت - جامعة بيروت الأميركية 427 -491 - pp.
- عمر هارون الخليفة: 2006 بعض قضايا علم النفس في عالم العربي، الثقافة النفسية المتخصصة تموز/ يوليو 2006 - 91 -67.
- محمد نجيب الصبوة: 2000 مراجعة نظرية نقدية حول أثر الصدمة في الذاكرة، الثقافة النفسية المتخصصة 2000.
- منذر عياش: التحليل النفسي وحركة الثقافة المعاصرة - الثقافة النفسية المتخصصة العدد 65 -16 تموز 2005.
- صابر أوبيري – ما الذي تبقى من المكبوت الفرويدي، أوليفي بوستليني - الثقافة النفسية، 67 - 17 - تموز 2000.
- عماد فوزي شعيبي - المعرفة العلمية في نموذجها الأنثوي – الثقافة النفسية 2006.

محمد أحمد النابلسي

الحرب النفسية في العراق

متابعة للجوانب النفسية في الحرب الأميركية على العراق

إن القراءة النفسية للحرب على العراق هي مهمة ملقاة على عاتق فروع اختصاصية متداخلة. وهي ستشغل العاملين في هذه الفروع على مدى سنوات قادمة. وعليه فإن ما نقدمه في هذه الدراسة ليس سوى مقدمة لقراءات نفسية لاحقة تنتظر ظهور معلومات جديدة عن خلفيات هذه الحرب وأسرارها وصفقاتها الخفية.

نحو استراتيجية عربية لمواجهة الصدمات والكوارث

دراسة مقارنة بين النموذجين اللبناني والكويتي

الدكتور: عبد الفتاح دويدار

الدكتور: حسن الصديق

في هذا الكتاب متابعة وعرض للتجربة اللبنانية عبر أعمال الدكتور محمد أحمد النابلسي. وللتجربة الكويتية عبر أعمال الدكتور بشير صالح الرشيدي. مع اقتران هذه المتابعة بدراسة مقارنة تبين نقاط التشابه والاختلاف بين هاتين التجربتين والتأكيد على خصوصية كل منهما. الأمر الذي يعطي لهذا الكتاب صدارته في المكتبة النفسية العربية. التي لا تزال فقيرة في ميدان دراسة الصدمات.

مؤتمر "الصدمات النفسية لدى الأطفال والمراهقين والمجتمع"

إفتتحت السبت 5/12 فعاليات مؤتمر "الصدمات النفسية لدى الأطفال والمراهقين والمجتمع" والذي ينظمه معهد دراسات السلام في مكتبة الإسكندرية، بالتعاون مع جمعية الصحة النفسية لوقاية الطفل في مصر، ومنظمة الصحة العالمية. ناقش المؤتمرون آثار الصدمات النفسية وتوابعها الناجمة عن الكوارث الطبيعية، والحروب، والصراعات، والاعتداءات المسلحة، والعنف المنزلي على الأطفال والمراهقين والمجتمع. كما تناول أهمية حماية الأجيال القادمة من هذه الصدمات، عن طريق استحداث بنية بشرية من المؤهلين لمعالجة الصدمات النفسية، وتجنبها لدى هذه الفئات.

حضر الجلسة الافتتاحية السفير علي ماهر، مدير معهد دراسات السلام، و د. أميرة سيف الدين، رئيس جمعية الصحة النفسية لوقاية الطفل، و د. محمد ياسمي، مستشار الصحة النفسية في منظمة الصحة العالمية، واللواء عزت شعبان، الذي حضر بالنيابة عن اللواء عادل لبيب محافظ الإسكندرية. تبعت الجلسة الافتتاحية محاضرة ألقاها د. أحمد عكاشة بعنوان "الصدمات النفسية في الأطفال، والأوجه الثقافية لها".

ذكر السفير علي ماهر في كلمته الافتتاحية أن الوصول إلى مجتمع أفضل، وأكثر آدمية، هو أهم أهداف معهد دراسات السلام، وشدد على أهمية الاهتمام بضحايا الصدمات النفسية الناتجة عن النزاعات المسلحة، أو غيرها من الأسباب، والعمل على فهم آثار الصدمات، وتقديم الأدوات اللازمة للتعامل معها. ويتطلب الوصول إلى هذا الهدف تبني منهج يتضمن عدداً كبيراً من فروع المعرفة، إضافة إلى الطب النفسي.

تحدث د. محمد ياسمي، مستشار الصحة النفسية في منظمة الصحة العالمية، عن أهمية زيادة الوعي بمشاكل الصحة النفسية التي تنتج عن التعرض للصدمات النفسية، مشيراً إلى

أهمية تلك القضية لمنطقتنا، التي يتعرض 84٪ من دولها الإثنين والعشرين إلى صراعات مسلحة، أو كوارث طبيعية، تستمر آثارها على الصحة النفسية والجسدية لفترات تمتد إلى سنوات. وتسعى منظمة الصحة العالمية إلى نشر الوعي بالصدمات، ومحاولة حماية الأطفال من التعرض لها، مع العمل على علاج الضرر النفسي الناتج.

بينما أبدى اللواء عزت شعبان تمنياته بأن يأتي المؤتمر بتوصيات ناجحة، قدمت د. أميرة سيف الدين رئيس جمعية الصحة النفسية لوقاية الطفل المسابقة الفنية التي تم تنظيمها بالتعاون مع وزارة التربية والتعليم للتعرف على رؤية الأطفال في أعمار 6 -18 عاماً، للصدمات الفردية، كحوادث الطريق، والأحداث القومية المتمثلة في النزاعات المسلحة، والكوارث الطبيعية، سواء من خلال تجاربهم الشخصية، أم من خلال وسائل الإعلام. قامت د. سيف الدين بتقديم الجوائز للأطفال الفائزين. هذا وصاحب معرض للأعمال الفنية الفائزة فعاليات المؤتمر.

التحليل النفسي اليوم في العالم العربي والإسلامي

شهد قصر اليونسكو في بيروت في أيار / مايو 2005 ندوة تحت عنوان "التحليل النفسي في العالم العربي والإسلامي"، وقد عرضت جريدة السفير في موجز أعده اسكندر حبش ما دار في هذه الندوة في عددها الصادر في التاسع من أيار / مايو 2005، حيث استهلت عرضها بالإشارة إلى أنه في أحد التأويلات التي تطلق عادة على التحليل النفسي، أنه شهد تموضعه وانطلاقته في البلدان التي عرفت نظاماً ديمقراطياً كاملاً. من هنا يأتي السؤال، هل ثمة تحليل نفسي في العالم العربي والإسلامي؟

"قد يكون هذا السؤال حاضراً في أعمال الندوة التي شهدها قصر اليونسكو خلال الأيام الثلاثة الماضية (الجمعة والسبت والأحد)، والتي دعت إليها "الجمعية اللبنانية للتحليل النفسي" وأشرف عليها، علمياً، كل من اللبناني شوقي عازوري، والفرنسية إليزابيث رودينسكو، وبمشاركة باحثين ومحللين نفسيين من فرنسا والعالم العربي، في ظل رعاية السفارة الفرنسية متمثلة بالبعثة الثقافية في بيروت.

إشارة الديموقراطية هذه كانت واضحة بشكل كبير في كلمة شوقي عازوري الافتتاحية، التي اعتبر فيها "أن التحليل النفسي هو الديموقراطية"، وربما كنا نستطيع أن نذهب إلى أكثر من ذلك، حين نجد أن مجتمعنا يرزح تحت نظم شمولية، سياسية ودينية،

كما نجد الكائن وهو مغيّب بشكل كبير، لمصلحة هذه "النحن" الجماعية التي تملك "حلولاً جاهزة" لجميع مشكلاته الفردية، حتى وإن كانت لا تتقاطع أبداً مع "تركيبته" العصابية. هل بهذا المعنى نفتقد الديموقراطية، أي نقع في الخوف، ليس فقط من إطلاق المكبوت، بل أيضاً في مواجهة "السلطات النفسية" التي تمارس رقابتها علينا، أو التي نجعلها تراقبنا بشكل لا واعٍ؟ ربما كان الدين كسلطة يمارس حضوره الطاغي، إذ يكفي أن نعود إلى العرب الأقدمين الذين عالجوا مشكلة النفس، لكنهم في لحظة حاولوا أن لا يتخطوا النص الديني، أي تركوه السقف الذي حدد نقطة وصولهم. بهذا المعنى نستطيع أن نؤول كلمة جان دكروييه الرئيس الشرفي للجامعة اليسوعية، الذي تحدث عن "اكتشافات التحليل النفسي والإيمان الديني"، وقد قصد الأب اليسوعي، "المصالحة" التي حدثت ما بين التحليل النفسي والكاثوليكية، والتي تبنتها الكنيسة عبر أحد الباباوات السابقين. من هنا قد تكون النقطة الغائبة عن مؤتمر الجمعية اللبنانية هذا، الاستماع إلى وجهة نظر رجل دين مسلم في قضية التحليل النفسي، لتفسير علاقة الإسلام بهذا الفرع المعرفي.

على كل، لم يدُر المؤتمر كله حول التحليل النفسي، بالمعنى الضيق والحرفي للكلمة، بل تعدّاه إلى فروع معرفية أخرى، كالفكر والفلسفة والتاريخ والسياسة ووضع المرأة الراهن في علاقتها بالعالم العربي والإسلامي. ربما هذا التنوع، هو ما أعطى للمؤتمر اتساعه ومعناه الثقافي الواسع، أي كانت للمشاركات المعرفية الدور في عدم الوقوع في زاوية ضيقة ومحددة، بل جعلته ينفتح على آفاق لا بد زادت الكثير من المعرفة للمستمع الذي تابعه، وإن كان هذا المستمع قليل العدد نسبياً، إذ لم يأت الكثيرون بسبب عدم إلمامهم باللغة الفرنسية، لذلك كان من الضروري إيجاد ترجمة فورية للعربية، على الأقل، لو عملنا بمتن التحليل النفسي، الذي يقول بأنه يرتكز على الكلام، أي على اللغة، لغة المجتمع.

إنها على كل ملاحظة لا تعني الانتقاص من قيمة ما حدث، فبعض الأوراق التي قدّمت، كانت على جانب كبير من الأهمية، كتلك التي قدّمها المحلل التونسي فتحي بن سلامة، الذي بحث فيها ما بين "الغير والآخر" انطلاقاً من كتابات ابن عربي، وورقة كريستيان جامبي "خطابات السلطة الأربعة في الإسلام"، أو كتلك التي قدّمتها الباحثة الجزائرية سعاد أيادا "الحجاب ونزع الحجاب: التمثيل في الإسلام"، وقد عالجت الباحثة موضوعها انطلاقاً من وجهة نظر فلسفية، وقالت إنها اختارت هذا الموضوع "لأن الحجاب لا يزال حاضراً على مفترق العديد من نقاشاتنا". وقد لجأت أيادا إلى استقراء الآيات والأحاديث التي تناولت هذا الموضوع.

هذه الورقات التي قدّمت في اليوم الأول، سرعان ما جعلت المؤتمر يسلك طريقاً شدّ إليه الحضور، الذي عاد وتابع اليوم الثاني، بالحماسة ذاتها.

بداية اليوم الثاني كانت مع جليل بناني الذي تحدث عن "كيفية إبداع التحليل النفسي مجدداً في المغرب". وانطلاقاً من تجربته الشخصية، كمحلل نفسي، يدخلنا إلى تفاصيل المجتمع المغربي، من خلال عرضه لبعض الحالات العيادية. هذه الحالة العيادية، إذا جاز التعبير، كانت حاضرة بقوة في "شهادة" اللبنانية أنيسة الأمين "امرأة معاصرة وشيعية". نص مكتوب بلغة شعرية، من حيث الظاهر، لكنه يرسم مساراً عميقاً لكيفية اكتشاف "وعي" لهذه المرأة التي مرّت بعدد من الحالات المختلفة، قبل أن "تكتشف" موقعها الفعلي، الذي تريده لنفسها. تلعب الأمين في نصها على خطين، ارتباطها بكربلاء، كظرف تاريخي واجتماعي وثقافي، ولحظة اغتيال رئيس الوزراء السابق رفيق الحريري، بكونه لحظة راهنة، أتاحت لها بأن تعيد سؤال تاريخها كله. شهادة الأمين من النصوص الجميلة التي تدخلنا إلى قلب وضع "المرأة" المعاصرة، من هنا اختلافها عمّا قدّمته المغربية صوفي بسيس في اليوم الأول حول "أوضاع النساء في المغرب: مجازفات المجتمع والانكسارات الاجتماعية". الاختلاف يبدأ بهذا العرض التأريخي، الذي لم يصل إلا لهذه البديهية "أوضاع المرأة أوضاع صعبة في المجتمع العربي بأسره، لا في المغرب فقط"!!!

بشيء من "يوتوبيا" حوار الثقافات والحضارات جاءت ورقة اللبناني أنطوان قربان (على الرغم من جمالها وأهميتها)، حول "الحجاب والقناع". من خلال مقارنة لمفهومي القناع في الغرب والحجاب في الشرق، حاول المحاضر أن يقرأ المجتمعين بسيرة "معكوسة" عبر رسومات متفرقة للقديس جاوجريوس (أو الخضر في الدين الإسلامي) وهو يصارع التنين. من خلال قراءة هذه الأعمال الفنية للقديس، وهي موزعة ما بين رسومات روسية ومصرية (الفيوم) وإيطالية.. إلخ، يبرهن كيف أن المفهوم الغربي كان أكثر ارتباطاً بمفهوم القناع الذي يخفي الوجه، ليخلص إلى الهدف الذي بحث عنه: "كم كان في الثقافة الإسلامية الكثير من الثقافة البيزنطية، وكم كان هناك في الثقافة الغربية الكثير من الثقافة الإسلامية".

الحلقة الأخيرة التي دارت بعد ظهر أمس، جاءت أكثر تاريخية سياسية، إذ قدّم فيها كل من جو باحوت ورقة حول "الإسلام والغرب: الغيرية المستحيلة؟"، وسمير قصير "الفرد وعصر الأنوار في العالم العربي المعاصر". انطلق المحاضر الأول من حملة بونابرت على مصر الذي يحدّدها بالصدمة الأولى، وليعرض مشقة هذه العلاقة بين الشرق العربي والغرب، ليصل

أنه من المستحيل أن تكون هناك علاقة بين الإثنين في ظل مفهوم الإنغلاق والخضوع، الذي لا يزال يتحكم بها. في حين تحدث قصير عن دور النهضويين في عملية صوغ فكر جديد، وإن لم يستمر في ظل حالات سياسية، أعادته إلى الوراء.

"التحليل النفسي في العالم العربي والإسلامي" أكثر من أن يكون مؤتمراً حول التحليل النفسي، لقد نحا إلى معالجة العديد من الجوانب الثقافية، وربما هنا تكمن أهميته المعرفية، التي من المفيد أن تتكرّر"[7].

---

[7] اسكندر حبش، التحليل النفسي في العالم العربي والإسلامي - ندوة قصر الأونيسكو: مفترقات تاريخية وثقافية كبرى، 9 مايو 2005

يسـجل للمؤلـف سـبق إصـداره لأول الكتب العربية الباحثة في موضوع الحروب وضـحاياها علـى المسـتويات النفسـية والسيكوسـوماتية. فقـد أصـدر النابلسـي دراسته عن الحرب اللبنانية في العام 1985 وهي استخدمت مرجعاً في غالبية الدراسات التي تناولت هذه الحرب.

ويأتي هذا الكتاب ليتوج أعمال المؤلف في هذا المجال حيث يركز على موضوعين هامين هما رعاية الأسرى ومعاناة الضحايا من الوساوس المرضية ومخاوف الموت التي تنتشر بصورة وبائية في المجتمعات المتعرضة للحروب والكوارث. مما يجعل من هذا الكتاب ضرورة ملحة لكل معالج عامل في هذه المجتمعات.

العلاج النفسي للأسرى وضحايا العدوان

تأليف

الدكتور محمد أحمد النابلسي

الأمين العام للاتحاد العربي لعلم النفس

يطلب من مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية (إصدار عام 2001).

مكتبة العدد

العنوان: الشائعات.. الوسيلة الإعلامية الأقدم في العالم.

الناشر: دار الساقي.

المؤلف: جان نويل كابفيري.

ترجمة: تانيا ناجيا.

صدر للكاتب جان نويل كابفيري كتاب "الشائعات.. الوسيلة الإعلامية الأقدم في العالم". يتألف من أربعة أقسام، ويبدأ بظاهرة انتشار الشائعات، فعلى الرغم من تكاثر الوسائل الإعلامية لا تزال العامة تستقي الكثير من معلوماتها من المحادثات الشفوية، بل إن جل ما فعلته الوسائل الإعلامية الأولى، بعيداً عن إخماد الشائعات، كان جعلها أكثر تخصصاً، بحيث باتت كل وسيلة تنشر الشائعات في مجال محدد وخاص بها.

الدراسات المنهجية الأولى التي تمحورت حول الشائعات كانت أميركية، وذلك خلال الحرب العالمية الثانية وتأثيراتها السلبية في معنويات الجنود والشعب، وبرغم أن مشكلة مصدر الشائعة تستهوي العامة، فهي، وللمفارقة ليست أكثر الموضوعات إثارة للاهتمام، والواقع أن تعقب المصدر يدرج في إطار أسطورة ترمي إلى أن تثار الشائعة عمداً، لأن أسطورة المصدر الاستراتيجي المتواري عن الأنظار هي التي تحافظ على استمرارها، لأنها مسلية ومفيدة في الوقت نفسه، ففي سبيل إخماد الشائعات التي انتشرت خلال الحرب العالمية الثانية عمد معسكر الحلفاء إلى المبالغة في تصوير أهمية "الطابور الخامس" وفاعليته، باعتباره عدواً يختبئ خلف جدراننا ومصدراً للشائعات الانهزامية.

ولعل السؤال الذي يستدعي نفسه: لماذا تتملكنا الرغبة في ترداد الشائعة على مسامع الآخرين؟ الواقع أن هذا السؤال يخطر أيضاً كل مساء في بال رؤساء تحرير الصحف المحلية، إذ تتكدس على مكاتبهم البرقيات والبيانات والتقارير والملاحظات، وقد قال صاحب إحدى الصحف يوماً: "الخبر هو ما يجعل الناس يتحدثون" ومع أن هذا التعريف غير مرضٍ، فهو يحمل في طياته دلالة مهمة، فالمعلومة التي لا تشكل خبراً لا يمكن أن تولد شائعة.

يعقد الكتاب مقارنة بين قارئ الصحيفة، والمستمع إلى محادثة منقولة تقف عند حدود معينة، فنظراً إلى الموثوقية التي تتمتع بها وسائل الإعلام، يعتبر القارئ أن الواقع المنقول حقيقي، مثبت وصحته ثابتة، أما المستمع فلا يملك مثل هذا اليقين، وإن كان يعتقد بإمكان وقوع الحدث، وهو من ثم يحتاج إلى اليقين من صحة الخبر، وإلى معرفة وجهة نظره الشخصية في ما يتعلق بالخبر.

العنوان: مستشفى الأمراض العصبية.

تأليف: جيم كريس.

الناشر: نان إي. تيلز. لندن 2007.

في أحدث روايات جيم كريس، تبدو أميركا مستعصية على الإدراك، فلم يعد للبيت الأبيض وجود، وتمثال الحرية لا تقع العين عليه، ولافتة هوليوود اختفت من الوجود، وغابت ناطحات السحاب عن الأفق، ومضت إلى غير رجعة مراكز التسوق وسلاسل المقاهي الشهيرة.

وحلت محل هذا كله طبيعة وحشية تجتاحها الأمراض، ومؤشرات ما بعد الكارثة، لا يكاد يوجد فيها سكان، ويحكمها قطاع الطرق، حيث يبدو المستقبل مظلماً شأن ماض عائد للقرون الوسطى. ورؤية جيم كريس لأميركا الغد قد يغيب عنها سفاحو الأمواس والخناجر، والغرباء المتنقلون بين الكواكب، ولكنها حافلة بالنذر تماماً.

على امتداد رواية «مستشفى الأمراض العصبية»، يبدو أن كريس يطلق إنذاراً بالغ الوضوح، قوامه أن أميركا إذا استمرت في الانطلاق بطرقها الوحشية، المتنمرة، القائمة على الاستهلاك والإفراط في استخدام النفط، فإن هناك احتمالاً لأن تكون حياة ساكنيها في المستقبل حياة كريهة. يقول كريس عبر نثرة الضاري، الخشن: «هذه كانت أميركا، هذا الامتداد من البحر إلى البحر، هذه الأرض التي يستغرق عبورها شهوراً طويلة، كانت في العادة أكثر الأماكن أمناً على سطح الأرض».

وعلى نحو بارع، يتركنا المؤلف في الظلام، فيما يتعلق بالسبب في أن أميركا قد تم التدني بها إلى أرض تسيطر عليها الفوضى، وسلالة من وباء يخشاه الجميع أكثر من أي شيء آخر في هذه البلاد التي غاب عنها القانون، وكل ما بقي يذكرنا بتاريخ كان يمكن أن

نتعرفه، وهو كيانات هائلة من المعدن التي طالها الصدأ.

وقد يكون السبب في ما حدث هو تغير المناخ، أو الحرب، أو وباء، أو أي من هذه الأسباب كلها، التي أسفرت عن مثل هذا القدر الهائل من الدمار. على الرغم من ذلك، فإن هذه الرواية هي أيضاً قصة حب، ومن شأن الحبكة الكاسحة أن تكون مادة رائعة بالنسبة لهوليوود.

وبطلة كريس هي مرجريت، وهي امرأة جميلة، روحانية، احتجزت في كوخ ناء - هو مستشفى الأمراض العصبية المشار إليه في العنوان - يموت أبوها في الكارثة. يقوم على رعاية مرجريت، التي مضت تهذي بفعل مرضها، وقد قص شعرها الأحمر تماماً، فرانكلين لوييز، عامل قطع الأشجار الذي يمر بالمستشفى مصادفة إلى أن تسترد صحتها، وهو شأن معظم الأحياء من أبناء البلاد، يتجه شرقاً نحو الساحل الأطلسي مع أخيه على أمل أن يعيش حياة أفضل.

يقلب كريس تاريخ أميركا رأساً على عقب من خلال عكس اتجاه الهجرة الرائدة، لتمضي هذه المرة من الغرب إلى الشرق، مما يغير مسار التاريخ، مسار درب أوريغون، درب رحلات شتاينبك وكل الأساطير الحدودية الأميركية، وروايات الغرب الأميركي.

مادة هذه الرواية ملحمية، تأخذ بالألباب، فعندما يفقد البطلان أهلهما في غمار المرض، يستبد بهما الاغتراب والحزن الغامر، فيخلصان أحدهما للآخر بعد أيام فحسب من أول لقاء لهما، ويرحلان معاً، من دون أي مقتنيات تقريباً، ويخسران سريعاً القليل الذي يمتلكانه، ويصادفان الخطر الذي يطل عليهما عبر سادة العبيد، وقطاع الطريق، والرحالة اليائسين.

ومقصدهما هو الساحل، الذي يمضيان إليه عبر «الطريق الرئيسي الحالم»، وعندما يبدو لهما البحر، الذي لم يكن أي منهما قد رآه من قبل، فإنه يوصف عبر نثر يأخذ بالألباب، حيث نقرأ: «رفع نفسه عالياً في طيات وأخاديد من الماء الذي يتكسر على الشاطئ، منيراً ملابسهما البيضاء.. كان البحر مثل رئة هائلة».

يوصف العالم في ما وراء أميركا بأنه، في آن، أرض ذات وعد عظيم، ومكان مظلم ومجهول معاً. وغالباً ما يتكرر القول: «وحدهم المجانين يفلحون في الوصول إلى الساحل»، ويحرص كريس على التأكد من أننا نعرف أنه مثل معظم الأحلام ستوجد خيبات أمل كذلك.

تتناغم على نحو جميل قصة الحب والمغامرة الأسطورية في الرواية، وبعد أن يفترق فرانكلين ومرجريت عقب تعرضه للاختطاف، فإن الفقدان يتم الشعور به بصورة بالغة العمق على الرغم من أن لقاءهما لم تمض عليه إلا أيام معدودات.

وتبدو لنا مرجريت امرأة جريئة تقدر لها النجاة، فهي تفلت من الاغتصاب، وتقتل الكلاب الجريحة لتنقذها من بؤسها، وتفلح في جمع الحطب لمواجهة غائلة البرد على الرغم من هزالها، ولكنها لها نقاط ضعفها كذلك، وهي قادرة على القيام بالأعمال الجريئة، والتي تستحق اللوم والتوبيخ أيضاً.

ويمضي كريس قدماً ليتأمل أدوار الجنسين، ويبدو لنا هذا واضحاً لدى الوصول إلى الساحل، حيث تلتقي مرجريت بكل النسوة اللواتي تعرضن للتخلي عنهن، فتردت حالهن إلى احتراف الدعارة، حيث نظر إليهن على أنهن لا جدوى منهن، بحيث حرمن من سكنى الأراضي الجديدة، فيما أزواجهن وأبناؤهن يغادرون للمضي عبر البحار. وتقول امرأة لمرجريت «حاولي مرة أخرى عندما تكونين رجلاً».

وتبدو مهارة كريس وقدرته على شحن حكاية ملحمية تتجاوز الزمن بالمعنى السياسي جلية، كالعهد به في كل أعماله. وليس من فراغ أن تصفه الروائية والناقدة أ. س. بايات بأنه الكاتب الأكثر بروزاً في الرواية الإنجليزية في السنوات العشر الماضية. وهو في روايته الجديدة هذه يواصل تشييد عوالمه الإبداعية بطرق نقدية وبارعة تعكس بصيرة شاملة على نحو مدهش.

وقد واصل الإنطلاق عبر أرضه على امتداد عشرين عاماً، منذ كتابه الأول الذي حمل عنوان «القارة»، والذي تجري أحداثه في قارة سابعة متخيلة. ومنذ ذلك الحين رشح مرتين لنيل جائزة بوكر، المرة الأولى عن رواية «الحجر الصحي» والمرة الثانية عن «الاحتضار». وقد وضع كريس موضع المقارنة مع مؤلفين كبار مثل ويليام جولدن، وجابرييل جارسيا ماركيز.

ويبدو أن هناك اهتماماً متجدداً، وبالغ الظلمة، في تصور مستقبل القوة الوحيدة العظمى في العالم الآن، فرواية «مستشفى الأمراض العصبية» تحذو حذو رواية «الطريق» لكورماك مكارثي، التي تصور الرحلة المرعبة التي يقوم بها أب وابنه عبر يوتوبيا أميركية مرتكسة.

وقد كان كريس نفسه هو الذي قال إن أحداث رواياته ليست إلا تحقيقياً في علاقة الحب - الكراهية التي تربط الكثيرين بالولايات المتحدة الأميركية. ولابد أن حبه لها هو الذي أسفر عن النهاية غير المتوقعة للرواية، التي تشهد عكساً للرحلة، واحتفاء بأميركا.

ولعل علاقة الحب - الكراهية هذه التي تربط الكثيرين في العالم العربي بأميركا هي ذاتها التي تجعل هذه الرواية جديرة حقاً بالقراءة، برؤية نقدية تتوازى مع الجهد الهائل الذي بذله المؤلف في إبداعها.

الهرب إلى الوادي

«ما الذي يتعين على فرانكلين ومرجريت القيام به بخلاف الهرب إلى الوادي بأسرع ما يسمح لهما جسماهما؟ إنهما لا يجسران على إصدار أي صوت يدل على الشعور بالصدمة، أو الإحساس بالحزن. وأي خاطرة قد تساور فرانكلين حول الاستقرار، أو التأخر، في فريتاون، يمكن الآن ألا تصل إلى شيء. فهذه هي ساحة الموتى، وعلى الأحياء أن يديروا ظهرهم لها، وأن ينطلقوا بعيداً».

كانا قد دخلا من البوابة الغربية، وابتعدا مسافة كبيرة عن جثة ناش قبل أن يكتشفا شكلاً بشرياً آخر. أو حقاً أي مؤشرات بارزة إلى كارثة واسعة النطاق. وكانا قد مرا عند السياج الخارجي، غير بعيد عن الموضوع الذي مضى منه جاكسون حافياً، في منتصف الليل ليتبول للمرة الأولى، وحيث كان جثمانه الهائل، وكان لا يزال مسجى بلا معطف، ملتماً حول نفسه، وعاجزاً أخيراً عن الدفاع عن نفسه، حتى في مواجهة منقار غراب. لكن جاكسون لم يتم اكتشافه. وفي حقيقة الأمر فإن فرانكلين لم يكتشف جثمان أخيه قط.

العنوان: أوهام مشروع الشرق الأوسط الكبير.

الناشر: دار الفكر.

المؤلف: د. محمد أحمد النابلسي.

عن دار الفكر في بيروت، صدر للدكتور محمد أحمد النابلسي كتاب "أوهام مشروع الشرق الأوسط الكبير" وفيه يحاول المؤلف الإجابة على أسئلة: ما هي حدود الشرق الأوسط؟.. أين يبدأ وأين ينتهي؟.. لماذا هذا السعي الغربي المستميت لنشر الإصلاح السياسي، والإقتصادي، والديموقراطية، والحكم الصالح، وحقوق الإنسان، وتمكين المرأة، ونشر حرية وسائل الإعلام في الشرق الأوسط؟.. وهل حقاً مشروع الشرق الأوسط الكبير يحمل كل هذه القيم النبيلة يقدمها الغرب مجاناً إلى المنطقة؟.. وهل استُشيرت شعوب المنطقة في هذه

الخيارات ووافقت عليها؟.. أم أن وراء الأكمة ما وراءها؟.. فهناك أطماع سياسية وعسكرية واقتصادية مخبأة خلف هذا المشروع!.. هذا الكتاب يوضح المخبوء خلف هذا المشروع من أهداف استراتيجية بعيدة ومرحلية مباشرة. والمؤلف مفكر استراتيجي معروف بدراساته النفسية السياسية.

ملف العدد

اتجاهات الطلبة الجزائريين نحو عقاب الأطفال

إعداد

أ. د مصطفى عشوي

قسم الإدارة والتسويق - جامعة الملك فهد للبترول والمعادن

أ. محمد لحرش

قسم علم النفس - جامعة الجزائر

أ. نبيلة خلال

قسم علم النفس - جامعة الجزائر[8]

[8] للمراسلة: د. مصطفى عشوي
mustafait@hotmail.com

ملف العدد

اتجاهات الطلبة الجزائريين نحو عقاب الأطفال

مدخل:

تهدف هذه الدراسة إلى الإجابة عن عدة أسئلة تتعلق بموضوع الاتجاهات نحو كيفية تأديب الأطفال في الوسط العائلي في الجزائر، لما في ذلك من أهمية تربوية. فمن المعروف في الدراسات النفسية والتربوية أن شخصية الإنسان تتأثر إلى حد كبير بأسلوب تربيته في المراحل الأولى من العمر، إلى حد أن سواء أو انحراف الشخصية قد يعود أساساً إلى هذه المرحلة.

ومهما يكن، فإن أساليب تأديب الأطفال تتباين في قسوتها وتكرارها، كما تتباين في التأثير الذي تتركه في شخصية الإنسان؛ وذلك لتدخل عدة عوامل أخرى في تكوين شخصية الإنسان، سواء كانت هذه العوامل وراثية، أم بيئية، أم نتيجة تفاعل العوامل الوراثية مع العوامل البيئية.

فإذا استطعنا حصر أساليب تأديب الأطفال، من حيث شدتها وتكرارها وأساليبها، وتأثير ذلك في تشكيل الشخصية، وحصر الاتجاهات نحو كيفية تأديب الأطفال في الوسط الأسري، فإن ذلك يساعدنا على وقاية الطفل من العقاب الشديد، والعنف، والقسوة، وتربيته تربية سليمة قائمة على الحب والحنان والتعزيز الإيجابي؛ وذلك باستعمال مختلف برامج التوعية والوقاية والتدخل، وتدريب الآباء والأمهات عليها. وبالتالي، فإن ذلك سيساعد في إعداد الأجيال الصاعدة إعداداً تربوياً صحيحاً وفعالاً، دون إفراط في الحماية، ودون تفريط في القسوة، كما سيساعد في كسر حلقة العنف؛ وتتمثل هذه الحلقة في قيام الآباء بممارسة العنف (الضرب) على الأبناء الذين يقومون بدورهم على ممارسته على أبنائهم عندما يصبحون آباء.

أهمية البحث:

إذا كان هذا البحث يتعلق باتجاهات الطلبة نحو كيفية تأديب الأطفال في الوسط الأسري في الوقت الحاضر، فإن فهم هذه الاتجاهات سيساعدنا على وضع برامج تربوية وتوعية لتعديل هذه الاتجاهات، أو تغييرها، إن كانت قائمة على تصورات واعتقادات سلبية، علماً بأن الاتجاهات تتكون من جوانب وجدانية وعقلية (معرفية) وسلوكية.

الدراسات السابقة:

تعرضت دراسات وبحوث كثيرة لموضوع تأديب الأطفال، عموماً، وممارسة مختلف أنواع العقوبات الجسدية والنفسية لتحقيق أهداف التأديب. ونظراً لقلة الدراسات الميدانية التي تناولت انماط تأديب الأطفال في الوسط العائلي في البلدان العربية؛ فإنني سأورد أيضا أدناه بعض الدراسات الميدانية التي - وإن أجري بعضها في الوسط المدرسي - إلا أنها ذات علاقة وثيقة بموضوع التأديب في الوسط العائلي، كونها تناولت بالبحث والاستقصاء آراء واتجاهات أولياء التلاميذ نحو استعمال مختلف أنواع العقاب لتأديب الأطفال في المدارس.

وتجدر الإشارة قبل ذلك إلى أن التأديب لا يعني بالضرورة استعمال العقاب النفسي، أو الجسمي؛ فقد يعني استعمال التشجيع والمدح والثواب، وغير ذلك من الاستجابات الإيجابية. ولكن الواقع يبين أن استعمال العقاب بشتى أنواعه أكثر من استعمال الثواب في عملية تربية الأطفال وتصحيح سلوكهم السلبي، وأن السلوك الإيجابي لا يلاقى بالضرورة بالتشجيع والثواب والمكافأة في كثير من البلدان.

فقد أشار لومسدين ولومسدين سنة 1995 مثلاً أن الأطفال في الولايات المتحدة الأميركية يتلقون ردود فعل سلبية أكثر من تلقيهم لردود فعل إيجابية؛ فالطفل يتلقى يومياً، في البيت وخارجه، حوالي 150 رد فعل سلبي مقابل رد فعل إيجابي واحد. وإذا كان لابد من تعنيف، أو زجر، الطفل، فإنه من الأحسن تشجيع ومدح الطفل قبل وبعد تقديم العبارة السلبية (العقاب اللفظي). وينبغي حتى في هذه الحالة أن تكون العبارة السلبية محايدة أي توجه ضد الفعل السلبي (غير المرغوب فيه) بدلاً من توجيهها ضد شخصية الطفل.

وفي الواقع، فإن الإساءة إلى الأطفال، وإيذائهم نفسياً وجسدياً، سلوك شائع في كل البيئات الثقافية والشرائح الاجتماعية، مع فروق راجعة لمتغيرات كثيرة، من أهمها المستوى التعليمي للمربين، سواء كانوا أولياء، أو معلمين، والقيم التي يعتنقونها. وتتراوح أساليب

ودرجات الإساءة للأطفال من مجرد رد فعل سلبي في شكل كلمة نابية، أو إشارة سلبية، أو زجر وصراخ، إلى استعمال الضرب المفرط، والإهانة أمام الآخرين، والقتل في حالات نادرة.

وقد تعددت تعاريف مفهوم الإساءة إلى الأطفال وتباينت. فالدخيل (1990) مثلاً يرى أن تعريف إساءة المعاملة ينبغي أن يركز على العناصر التالية:

1 - العمد والإصرار على إساءة المعاملة، حتى ولو كانت مبررة.

2 - حدة السلوك ونوعه (ارتكاب لعمل أو إهمال لأداء واجب).

3 - ضرر جسمي للطفل ناتج عن هذا التصرف يتطلب علاجه جهداً، أو وقتاً، أو كليهما، أو يؤدي إلى إعاقة دائمة، أو إلى الوفاة. وأضيف إلى هذا الضرر الجسمي، الضرر النفسي الذي قد يصيب الطفل من الناحية الوجدانية، أو المعرفية، كالإساءة التي تؤدي إلى الاكتئاب والنفور من الدراسة والمدرسة.

وتتشعب أنماط وأساليب إيذاء الأطفال، وسوء معاملتهم، إلى سوء المعاملة الجسدية، وسوء المعاملة الجنسية، وسوء المعاملة النفسية والإهمال. وأكتفي هنا بالتعريف العام لسوء المعاملة الذي أقرته لجنة التخطيط لحماية الطفل في وزارة صحة البحرين في كانون الأول / ديسمبر 1998؛ فقد عرف سوء المعاملة بأنه "ينطوي.. على كل ما يقوم به الأفراد، أو الآليات، أو يفشلون في القيام به، وينجم عنه أذى مباشر، أو غير مباشر، للأطفال، أو يعيق فرصتهم في التطور الآمن والصحي إلى سن الرشد".

واعتبر باحثون آخرون مثل الكتاني (2000) أن اتجاه القسوة نحو الأطفال شكل من أشكال الاتجاهات السلبية نحو الأطفال، وهو يعبر "عن مجموعة من الأساليب التي يتبعها الآباء لضبط سلوك الطفل غير المرغوب فيه (بالنسبة للآباء)، ويتضمن العقاب الجسمي كالصفع والضرب، أي كل ما يؤدي إلى إثارة الألم الجسمي، وقد يكون مصحوباً بالتهديد اللفظي، أو الحرمان، وقد تصل شدة العقاب لدرجة إساءة معاملة الطفل وإيذائه".

وقد خلصت الباحثة نفسها، في دراستها الميدانية في المغرب، أن هناك علاقة بين تعرض الطفل للقسوة، والوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه، حيث استنتجت أن آباء وأمهات الطبقة الفقيرة أكثر استعمالاً للعقاب الجسدي، والتسلط المبني على الطلبات القاطعة، دون شرح أو تفسير، مقارنة بآباء الطبقة المتوسطة؛ بينما تتراوح أساليب الآباء في الطبقة المتوسطة ما بين الشرح والتفسير، والتسامح والثواب، أي أن هؤلاء الآباء أكثر ميلاً للإيجابية مع أبنائهم (ص274).

أما الباحثة النيال من مصر (2002) فقد وجدت "أنه لا توجد ارتباطات دالة إحصائياً بين الاتجاهات الوالدية - كما يدركها الأبناء - نحو الأب والأم، وبين مستوى تحصيلهم الدراسي، باستثناء البعد الخاص بالإهمال من جانب الوالدين، والبعد الخاص بالتفرقة من جانب الأم، والتحصيل الدراسي للأبناء" (ص239).

وقد بينت الباحثة نفسها أن "الذكور أكثر إحساساً بتسلط الأم من الإناث. فالذكور بطبيعتهم يتسمون بالنشاط الزائد، والعدوانية، على عكس الإناث اللائي يتسمن بالهدوء، لذلك فإن الطفل الذكر يشعر بتسلط أمه التي تحاول بدورها جاهدة فرض سيطرتها عليه، كمحاولة للحد من عدوانه، ومن نشاطه الزائد، منعاً لانخراطه في أنواع معينة من السلوك اللاسوي" (ص247). ولكن هل يمكن عزو هذا الإحساس فعلاً إلى الطبيعة العدوانية للطفل الذكر، ونشاطه الزائد فقط، أم أن هناك عوامل أخرى تؤدي إلى هذه الفروق بين الجنسين في هذا الإحساس؟

ولعل ما انتهت إليه الباحثة الكتاني (2002) في أن الشعور بحماية وقسوة أحد الأبوين من طرف الأبناء والبنات يرتبط بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي للعائلة يسهم في تسليط الضوء على هذه القضية. وعليه، فقد افترضت الكتاني أن الاتجاهات الوالدية تختلف حسب جنس الطفل في الوسط الاجتماعي الواحد؛ وتوقعت أن تكون أكثر سلبية (حماية) مع الإناث، وأكثر إيجابية مع الذكور، مما ينعكس - كما افترضت الباحثة - "على درجة استعداد الطفل لمخاوف الذات، فترتفع درجة مخاوف الذات لدى الإناث عنها لدى الذكور في الوسط الاجتماعي الواحد" (ص276).

وانطلاقاً من هذه الفرضية، توصلت الباحثة إلى نتيجة مفادها أن الإناث أكثر استعداداً لمخاوف الذات من الذكور في مختلف الأوساط الاجتماعية، وأن الذكور أكثر شعوراً بقسوة وتسلط الآباء من شعور الإناث، وخاصة في الوسطين الاجتماعيين: المرتفع والمتوسط، بينما تبين أن الأمهات في الوسط المنخفض أكثر تساهلاً مع الذكور، وأن معاملة كل من الأم والأب أكثر ميلاً للتذبذب (عدم الاتفاق) مع الإناث (ص286). ولعل هذه الدراسة وأمثالها ستدعم، أو تنفي، هذا التفسير، الذي يحتاج فعلاً إلى دراسات معمقة، وإلى عينات كبيرة، مع مراعاة ضبط مختلف العوامل والمتغيرات المرتبطة بالموضوع.

وبينت دراسة في البحرين، أيضاً، أن الأطفال في الأسر البحرينية يتعرضون إلى ثلاثة أنواع من سوء المعاملة، وهي: الإهمال، والإيذاء الجسدي، والإيذاء العاطفي. ويأتي الإهمال العاطفي

-حسب الدراسة - في الدرجة الأولى؛ حيث تغضب الأم غضباً شديداً، يؤدي إلى استخدام الكلمات البذيئة، والخصام، والعبوس، كأساليب تربوية. وترجع هذه الدراسة سوء معاملة الأطفال في الأسر البحرينية إلى عدة عوامل، منها ماضي الأم وتأثيره على سلوكها الحالي، افتقار الوالدين إلى مهارات تربوية، عامل السن، حجم العائلة، من حيث عدد الأطفال، المستوى المادي للأسرة وعوامل أخرى. وتوصلت هذه الدراسة في خلاصتها إلى أن الطفل البحريني المساء معاملته يتكون لديه إحساس سلبي تجاه والديه، مما يفقده الثقة فيهما، وفي نفسه، كما أنه يكون أقل طموحاً، وأكثر قلقاً، مما يؤثر عكسياً على تحصيله التعليمي.

أما في السعودية، فقد نشرت دراسة قديمة نوعاً ما تحت عنوان "اتجاهات تربية الطفل في المملكة العربية السعودية" سنة 1981، حيث استنتجت الباحثة المطلق من دراستها الميدانية التي قارنت فيها بين اتجاهات الأمهات المتعلمات والأمهات غير المتعلمات نحو أطفالهن أن هناك فروقاً دالة بين اتجاهات الفئتين. فقد وصفت هذه الدراسة الأم السعودية غير المتعلمة في معاملتها لأطفالها بالصفات التالية:

- متسلطة.
- تميل نحو الحماية الزائدة لأطفالها.
- تميل نحو إثارة الألم النفسي.
- تميل نحو التفرقة بين أطفالها.
- اتجاهاتها نحو التنشئة الاجتماعية غير سوية.
- تميل نحو التفرقة بين أطفالها الذكور والإناث.

وتتمتع معاملة الأم المتعلمة لأطفالها - كما وصفت في الدراسة - بصفات مناقضة للصفات المذكورة أعلاه (ص113). ومن أهم ما انتهت إليه هذه الدراسة، في ما يتعلق بإهمال الأطفال والقسوة عليهم، قول الباحثة "أما الاتجاه نحو الإهمال والتدليل والقسوة والتذبذب، فلم يظهر أن لتعليم الأم من أثر يؤدي إلى فروق دالة إحصائياً" (ص114).

وبالرغم من صعوبة تعميم مثل هذه الأحكام على كل الأمهات المتعلمات، أو غير المتعلمات؛ فإنها (الأحكام) تمثل الاتجاهات العامة في عملية التأديب، كما بينتها هذه الدراسة.

أما دراسة الشويعر (1993) التي أجريت في مدينة الرياض، لدراسة "ممارسة العقاب في مؤسسات رياض الأطفال الحكومية والأهلية" فقد انتهت إلى أن هناك انقساماً في اتجاهات

أفراد الدراسة نحو استخدام العقاب في مؤسسات رياض الأطفال، كما أوضحت اعتراض أغلبية المديرات بنسبة 83. 2٪ وأولياء الأمور بنسبة 72. 1٪ على استعمال أساليب العقاب الجسدي، التي تتمثل في شد الشعر، وقرص الأذن، ورفع الذراعين والوقوف خارج الفصل، والضرب على أصابع اليدين، والصفع على الخد، والضرب بالعصا في أماكن حساسة من الجسم. ولكن نسبة المعلمات اللاتي يعارضن ذلك أقل حيث كانت 66. 1٪. والغريب أيضاً أن أغلبية المعلمات المشاركات في البحث قد أيدن استعمال العقاب النفسي في رياض الأطفال بنسبة 63٪، بينما لم يؤيد ذلك إلا نسبة 37. 8٪ من أولياء الأمور، ومديرات رياض الأطفال. ومما يلاحظ أن المعلمة أكثر احتكاكاً من المديرة بالطفل في الروضة؛ فهل هذا هو سبب هذا الاتجاه نحو استعمال العقاب النفسي لتأديب الأطفال؟ ورغم أهمية النتائج التي توصلت إليها الباحثة وتوصياتها، فإنها لم تناقش لماذا بينت الدراسة الميدانية أن "أساليب العقاب النفسي، والإداري، والجسدي، على الترتيب، تمثل نوعية العقاب التي يمكن ممارستها في رياض الأطفال"؛ فهل العقاب النفسي أقل إيلاماً وإيذاء من العقاب الجسدي، أم أن هناك عدم إدراك للعواقب الوخيمة للعقاب النفسي، والتي غالباً ما تظهر آثارها في مراحل لاحقة من العمر؟

ومن أهم النتائج التي استخلصتها الباحثة من هذه الدراسة أنه في الوقت الذي أكد فيه البحث وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات أفراد عينة الدراسة (مديرات، معلمات وأولياء أمور) حول أساليب العقاب المستخدمة في رياض الأطفال، إلا أن البحث قد بين وجود فروق دالة إحصائياً في الاتجاهات نحو ممارسة العقاب في رياض الأطفال، وحول الأخطاء التي تستدعي عقاب الأطفال بالروضة.

وبينت دراسة الدهش (1996) التي أجريت عن "أساليب العقاب في المرحلة الابتدائية في منطقة الرياض التعليمية، واتجاهات الآباء والمعلمين ومديري المدارس نحوها" أن الغالبية العظمى وبنسبة 89. 7٪ من أفراد عينة البحث بكل فئاتها (المعلمون، المديرون والآباء) توافق على استخدام العقاب في المرحلة الابتدائية. وقد كشفت الدراسة أن معظم الموافقين على استخدام العقاب في المرحلة الابتدائية يرون وبنسبة 78. 1٪ إمكانية ممارسة العقاب الجسدي، بينما يؤيد ممارسة العقوبات الإدارية نسبة 45. 3٪ ولا يؤيد ممارسة العقوبات النفسية إلا 23. 4٪. وتمثل هذه النسبة المنخفضة الخاصة بممارسة العقوبات النفسية وترتيبها نتيجة مناقضة لما أوردته الشويعر عن اتجاهات المعلمات والمديرات وأولياء الأمور نحو ممارسة

أنواع العقوبات في مرحلة الروضة. ويطرح هذا الاختلاف افتراضات وتساؤلات كثيرة جديرة بالبحث العلمي.

أما في الغرب، فقد أجريت عدة دراسات ميدانية لدراسة أساليب العقاب الجسدي الممارس لتأديب الأطفال، وكذلك دراسة الاتجاهات نحو استخدام العقاب الجسدي للتأديب. وهناك دعوات لإلغاء الضرب والعقاب الجسدي بصفة عامة، كأسلوب لتأديب الأطفال، واستبداله بأساليب أخرى غير قائمة على استعمال العنف. وقد استجابت بعض الدول لهذه النداءات؛ فأصدرت قوانين تلغي ضرب الأطفال في المدارس والمنازل، كما سيرد ذلك أدناه.

فقد اعتبر هيمان مثلاً أن ضرب الأطفال تعسف وهدم للشخصية، وأسلوب عقيم في التأديب؛ ذلك أن ضرب الأطفال في الصغر يؤدي بهم إلى أن يصبحوا عنيفين في المستقبل. وخلص الباحث نفسه إلى تقديم ضرورة تقديم بدائل عن العقاب الجسدي. وتتمثل هذه البدائل في الوقاية، واعتماد أساليب نفسية قائمة على الفهم والتفهم بدلاً من العنف والتعنيف (هيمان، 1997).

وأكد الباحث نفسه (1994) أن العقاب الجسدي ليس جواباً للانحراف، بل يؤدي إلى ارتفاع نسبة استعمال الضحايا للعنف كوسيلة لحل المشكلات التي تواجههم.

وفي بحث قدم سنة 1992 في "المؤتمر الوطني للأطفال ضحايا العنف"المنعقد بواشنطن، أكد هيمان وبكالو أن سبب استعمال العنف ضد الأطفال، وإهمالهم في الولايات المتحدة، هو قبول اعتقاد يتمثل في أن ضرب الأطفال هو السبيل الأمثل لتغيير سلوكهم. وقد أكد هذا البحث - الذي روجعت فيه الدراسات والبحوث التي أجريت بالولايات المتحدة خلال مدة أربع سنوات - الفرضية القائلة بأن الولايات المتحدة الأميركية أكثر البلدان المستعملة للعقاب بين الدول الغربية في أنظمتها الاجتماعية المتعلقة بالأطفال (العائلة والمدرسة)، كما أكد هذه الفرضية أيضاً عدة باحثين أميركيين، كما سيوضح أدناه.

والأخطر من هذا - كما بينت مجموعة من الباحثين في تقرير قدم أمام الجمعية الأميركية لعلم النفس انعقد في آب/أغسطس 2001 بسان فرانسيسكو - هو استعمال العقاب الجسدي لتأديب الأطفال في الولايات المتحدة من منطلق ديني أساساً، حيث هناك اعتقاد مسيحي يعتبر الأطفال شياطين صغاراً، وأنهم يولدون بخطيئة أصلية؛ مما يستوجب طرد الشيطان من الطفل الذي يسيء الأدب بالضرب[9].

---

[9] - ورد في بحث بالانكليزية بعنوان: تحليل إحصائي للبيانات بين الثقافات: السنة الثالثة. قدم البحث في مؤتمر الجمعية الأمريكية لعلم النفس في أغسطس 2001 من طرف 17 باحثا أولهم كوارن (انظر قائمة المراجع بالانكليزية).

ومن بين العوامل الأخرى التي تعزز انتشار استعمال العقاب الجسدي كوسيلة تأديبية، بالإضافة إلى الاعتقاد الديني عند المسيحيين، النصائح التي يقدمها للآباء بعض المختصين، مثل بعض أطباء الأطفال، وكذلك تجربة الآباء أنفسهم مع العقاب الجسدي، حيث تعرض أكثرهم لهذا النوع من العقاب أثناء طفولتهم[10].

وفي سنة 1996 قدمت مجموعة من الباحثين (هيمان، ويلر، بيرون، رمانو وبريتون) بحثاً أمام "الجمعية الوطنية للسيكولوجيين المدرسيين" تضمن مراجعة شاملة لاستعمال العقاب الجسدي (الضرب) كوسيلة تأديبية، واستعمال العقاب النفسي (سوء المعاملة النفسية) من طرف المربين لتأديب التلاميذ، بالإضافة إلى استعمال التحرش الجنسي، وبين البحث أن هذه الممارسات تطرح مشكلة تأديبية خطيرة في المدارس الأميركية.

وقد ذكر في بحث آخر[11] في الولايات المتحدة أن أغلبية الأميركيين يوافقون على استعمال الضرب لتأديب الأطفال؛ حيث بينت دراسة أجراها برنز سنة 1992 أن 85٪ من الأميركيين يوافقون على استعمال الضرب لتأديب الأطفال؛ وذلك مقارنة بنسبة 64٪ من النمساويين ونسبة 37٪ من السويديين. أما ستروس وكانتور (1994) فقد وجدا أن أكثر من 90٪ من الأميركيين يستعملون العقاب الجسدي لتأديب الأطفال، بينما يعتقد 84٪ من الأميركيين أن ضرب الطفل على مؤخرته ضروري وغير مؤذ. وفي بحث آخر، وجد ستروس سنة 1996 أن نسبة 84٪ من الأميركيين (عينة على مستوى البلد) توافق على أن "ضربة قوية على المؤخرة" ضرورية أحياناً[12].

أما في إسبانيا واليونان، فقد بينت نتائج بحث ميداني أجري بكل منهما أن 73٪ من الأطفال في اليونان قد تلقوا العقاب الجسدي في العائلة، بينما تلقت نسبة 56٪ هذا العقاب في إسبانيا، وأن العمر الذي يتكرر فيه الضرب أكثر هي الفترة الممتدة بين 6 و 10 سنوات، وأن

---

10 - نفس المرجع، ص2.

11 - بحث بالانكليزية بعنوان: اتجاهات مقارنة بين الثقافات في استعمال العقاب الجسدي:قضايا منهجية. قدم البحث في مؤتمر الجمعية الأمركية لعلم النفس في أغسطس 2000 من طرف إرباشر وآخرون (انظر قائمة المراجع بالانكليزية).

12 - ورد في بحث بالانكليزية بعنوان: تحليل إحصائي للبيانات بين الثقافات: السنة الثالثة. قدم البحث في مؤتمر الجمعية الأمريكية لعلم النفس في أغسطس 2001 من طرف 17 باحثا أولهم كوران (انظر قائمة المراجع بالانكليزية).

أغلب الأطفال في البلدين قد تلقوا الضرب على أيدي أمهاتهم أكثر مما تلقوه على أيدي آبائهم. وبين البحث نفسه أن مقارنة نتائج عينت البحث في ما يتعلق بالاتجاه نحو استعمال الضرب قد بينت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين: الإسبانية واليونانية، حيث إن أغلبية أفراد العينتين ضد استعمال الضرب في عملية تأديب الأطفال. ولكن مقارنة نتائج العينتين بنتائج عينة أميركية بينت أن العينة الأميركية أكثر ميلاً (موافقة) لاستعمال الضرب في عملية التأديب من العينتين الإسبانية واليونانية، كما بين هذا البحث أن الرجال أكثر ميلاً (موافقة) لاستعمال الضرب في عملية التأديب من النساء في كل من إسبانيا واليونان (مجموعة من الباحثين، 2000)[13].

ويلاحظ هنا أن الرجال، وإن كانوا أكثر موافقة على استعمال الضرب في عملية التأديب، إلا أن أغلب الأطفال، كما بينت الدراسات في إسبانيا واليونان، وفي بلدان أخرى، يتلقون الضرب على يد الأم أكثر من تلقيه على يد الأب؛ ويرجع هذا أساساً إلى احتكاك الطفل بالأم أكثر من احتكاكه بالأب.

وبينت نتائج عملية تحليل البيانات الإحصائية التي قام بها مجموعة من الباحثين[14] ينتمون لعدة بلدان أن نسب تلقي العقاب الجسدي أثناء الطفولة، وكذلك الاتجاهات نحو استعمال الضرب (العقاب الجسدي) لتأديب الأطفال تتباين تبايناً كبيراً بين مختلف الثقافات؛ وهذا راجع إلى عدة عوامل ترتبط بالدين والثقافة والقيم الاجتماعية والأخلاقية السائدة في المجتمع وفي القوانين التي تسنها مختلف الأنظمة، كما يتبين من الجدول المرفق أدناه، والذي يوضح هذه النسب، والاتجاهات، علماً بأن نسب تلقي العقاب الجسدي تمت دراستها من خلال استطلاع آراء عينات أشخاص راشدين.

وقد أورد بروان (1961) أن إساءة معاملة الطفل تتأثر بقبول فكرة العقاب الجسمي في المجتمع، وتقبل العنف في تربية الأطفال في ثقافة ما يتلازم مع الحرمان العاطفي والاقتصادي والاجتماعي، وأيضاً يتلازم بوجود معتقدات خاطئة حول طبيعة العلاقة بين الآباء والأبناء.

---

[13]- بحث بالانكليزية بعنوان: أساليب التأديب المتبعة في منطقة البحر المتوسط: إسبانيا واليونان. قدم البحث بندوة في مؤتمر الجمعية الأمريكية لعلم النفس في أغسطس 2000 (انظر قائمة المراجع بالانكليزية: إسنشتاين وآخرون).

[14] - المرجع السابق نفسه، ص6.

جدول رقم1: البلدان المشاركة في البحث ونسب المتلقين للعقاب الجسدي في هذه البلدان أثناء الطفولة، ومتوسط الاتجاه نحو استعمال العقاب الجسدي كوسيلة للتأديب.

البلد	نسبة المتلقين للعقاب الجسدي أثناء الطفولة من خلال التذكر (نسبة مئوية)	متوسط الاتجاه نحو استعمال العقاب الجسدي (الضرب)
كوريا الجنوبية	89	30.0
الولايات المتحدة الأميركية	83	13 .3
أستراليا	82	72 .2
كندا	80	14 .3
اليونان	73	26 .2
بريطانيا	71	68 .2
فنلندا	69	34 .2
ألمانيا	65	18 .2
ماليزيا	63	90 .2
الأرجنتين	62	96 .1
إسبانيا	56	05 .2
لبنان	53	37 .2
السويد	35	35 .1

◆ ملاحظة:

استعمل سلم ليكرت لقياس الاتجاه نحو استعمال العقاب الجسدي (الضرب)؛ حيث يمثل رقم 5 أعلى قيمة ويمثل رقم 1 أصغر قيمة، وكلما اقترب الرقم من 1 دل ذلك على معارضة استعمال العقاب الجسدي كوسيلة لتأديب الأطفال، وكلما اقترب من 5 دل ذلك على الموافقة على استعمال العقاب الجسدي للتأديب.

يلاحظ أن متوسط الاتجاه نحو استعمال العقاب الجسدي لتأديب الأطفال - حسب سلم ليكرت - أعلى ما يكون في الولايات المتحدة الأميركية (3. 13) وكندا (3. 14) ثم كوريا الجنوبية (3. 00) بينما كانت أعلى نسبة لتلقي العقاب الجسدي أثناء الطفولة في كوريا الجنوبية (89٪) ثم في الولايات المتحدة الأميركية (83٪).

وتجدر الإشارة إلى أن هذه النتائج قد استخلصت من عينات طلابية في البلدان المذكورة أعلاه، حيث وزع استبيان على الطلاب لاستقصاء أساليب التأديب التي تعرضوا إليها أثناء طفولتهم من خلال عملية التذكر، كما سئلوا عن اتجاهاتهم نحو استعمال العقاب الجسدي لتأديب أبنائهم مستقبلاً.

وهذا الاستبيان هو نفسه الذي استعمل في البحث الحالي، مع بعض التعديلات البسيطة، لدراسة اتجاهات الطلاب نحو أساليب التأديب التي تعرضوا لها في إطار عائلاتهم، وكذلك اتجاهاتهم نحو استعمال العقاب الجسدي لتأديب أبنائهم مستقبلاً.

ونظراً لاعتقاد أصحاب القرار في بعض الدول أن الضرب مضر بنمو شخصية الطفل وسلوكه، فقد أصدروا قرارات تحرم ضرب الطفل في البيت والمدرسة، وتبين أهمية وضرورة اعتماد أساليب أخرى إيجابية في عملية التأديب. وقد بلغ عدد هذه الدول إلى الآن عشرة دول، ومن بينها السويد، التي كانت سباقة إلى هذا الإجراء سنة 1979 وفنلندا وإيطاليا والنرويج والنمسا، وآخرها ألمانيا سنة 2000 (ستافورد وآخرون، 2000) [15].

وتندرج هذه الدراسة في إطار معرفة الاتجاهات الموجودة في الواقع، والحث على تغيير الاتجاهات السلبية، وتعويضها باتجاهات إيجابية تتمثل أساساً في اعتماد الأساليب البديلة (الإيجابية) في تأديب الأطفال بدلاً من الضرب.

- أسئلة البحث:

1 - ما هي اتجاهات الطلاب (والطالبات) الجزائريين نحو استعمال العقاب الجسدي والعقاب النفسي لتأديب الأطفال؟

2 - ما علاقة هذه الاتجاهات ببعض المتغيرات الشخصية والديمغرافية لأفراد العينة وعائلاتهم (الجنس، السن، المستوى التعليمي للآباء والأمهات، تدين الفرد، تدين العائلات والدخل المادي للعائلات ومنشأ العائلات)؟

- منهجية البحث:

هذا البحث من نوع البحوث الاستطلاعية؛ إذ الهدف منه أساساً وصف اتجاهات الشباب الجزائري نحو تأديب الأطفال في الوسط العائلي الجزائري.

---

[15] - بحث بالانكليزية بعنوان: التأديب في ثلاثة دول في أوروبا الشمالية:فنلندا، ألمانيا والسويد. قدم البحث في مؤتمر جمعية علم النفس الأمريكية من طرف سبعة باحثين في أغسطس 2000 (انظر قائمة المراجع بالانكليزية).

- العينة:

العينة المستعملة في هذه الدراسة عينة قصدية، حيث تم اشتراك 401 طالباً وطالبة من مختلف الجامعات الجزائرية في الإجابة عن أسئلة الاستبيان الذي تتعلق فقراته بالاتجاه نحو استعمال العقاب الجسدي والنفسي لتأديب الأطفال. وفي ما يلي توزيع أفراد عينة البحث حسب الجامعات والمدن التي تم فيها جمع البيانات وحسب التخصصات:

1 - توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجامعات(المدن):

الجامعة	المجموع	النسبة المئوية
الجزائر	87	7.21
البليدة	128	9.31
وهران	133	2.33
تامنراست	53	2.13
المجموع	401	100

2 - توزيع أفراد عينة الدراسة حسب التخصصات:

التخصص	المجموع	النسبة المئوية
لغة ألمانية	68	17
فرنسية	08	2
إنجليزية	6	5.1
إسبانية	6	5.1
ترجمة	02	5.0
كيمياء	05	2.1
طب	32	8
تسويق	1	2.0
جيولوجيا	2	5.0
علاقات دولية	2	5.0
علوم إنسانية واجتماعية	155	7.38
حقوق	67	7.16
علوم طبيعية وبيولوجية	47	7.11
المجموع	401	100

الاستبيان: اعتمدت الدراسة الميدانية في هذا البحث على الاستبيان المطور من طرف "المركز الوطني لدراسة العقاب الجسدي والبدائل" في الولايات المتحدة الأميركية. وقد عدلت بعض فقرات هذا الاستبيان، وخاصة تلك التي تتعلق بالدين الذي يعتنقه الشخص، حيث حذفت مختلف الفقرات المتعلقة بمختلف الأديان؛ إذ أن كل أفراد العينة في الجزائر مسلمون، وعوضنا ذلك بسؤالين عن درجة التدين عند الشخص، وعند عائلته، كما يراها هو. وقد قدمنا طلباً للمركز المذكور لاستعمال هذا الاستبيان، وتمت الموافقة على ذلك. ويشتمل هذا الاستبيان على قسمين: قسم خاص بواقع استعمال العقاب الجسدي والنفسي لتأديب الأطفال، وقسم خاص بالاتجاه نحو استعمال العقاب الجسدي والنفسي لتأديب الأطفال. وقد اكتفينا في هذه الدراسة باستعمال القسم الثاني فقط.

يبلغ مجموع الفقرات المتعلقة بالاتجاهات نحو استعمال الضرب لتأديب الأطفال ثلاثة عشر فقرة، كما سيتم استعراضها أدناه، أما سلم التنقيط المستعمل، فهو سلم ليكرت، وتتراوح درجاته من 1 إلى 5 على النحو الآتي:

1= موافق جداً. 2= موافق نوعاً ما. 3= محايد. 4 = لا أتفق نوعاً ما. 5 = لا أتفق بقوة.

وتسهيلاً لعملية دراسة الاتجاهات، فقد قمنا بما يلي:

1 - تقسيم إجابات كل فقرة إلى نوعين: موافق (1+2)، وغير موافق (4+5)، و محايد (3) وتم بناء على هذا التقسيم حساب التكرارات، والنسب المئوية، لكل فقرة، على حدى، ومقاربتها ببعضها البعض قصد وصف الاتجاهات حسب الخصائص الديمغرافية والشخصية لأفراد العينة.

2 - تقسيم الاستبيان إلى نوعين من الاتجاهات: وذلك قصد التعرف على الاتجاهات الشائعة، أو السائدة، عند الطلبة نحو العقاب الجسدي، والعقاب النفسي، ودراسة الفروق بين الاتجاهات نحو أساليب تأديب الأطفال في الوسط الأسري في الجزائر، والمعطيات الديمغرافية والشخصية لأفراد عينة الدراسة:

1 - الاتجاه نحو العقاب الجسدي: يحتوي على ستة فقرات، وتتراوح درجاته من 6 درجة كحد أدنى إلى 30 درجة كحد أقصى.

2 - الاتجاه نحو العقاب النفسي: عدد فقراته أربعة، وتتراوح درجاته من 5 درجة كحد أدنى إلى 20 درجة كحد أقصى، ويتم تنقيط كل اتجاه حسب سلم

ليكرت، بحيث يصحح كل اتجاه مستقلاً عن الآخر، ولا توجد درجة كلية للمقياس.

- عرض وتحليل النتائج

يشمل عرض النتائج في هذه الدراسة على ما يلي:

1 - الخصائص الشخصية والسكانية (الديمغرافية) لأفراد عينة البحث.

2 - وصف الاتجاهات حسب الخصائص الديمغرافية والشخصية لأفراد العينة.

3 -الاتجاهات الشائعة عند أفراد العينة، وذلك بحساب النسب المئوية لمقارنتها مع بعضها البعض، وكذلك باستعمال اختبارFriedman لقياس الدلالة الاحصائية للفروق بين متوسطات الرتب.

4 - الفروق في الاتجاهات نحو العقاب الجسدي والنفسي، والخصائص الشخصية والديمغرافية لأفراد العينة.

I. الخصائص الشخصية والديموغرافية:

1 - السن: سن أغلب أفراد عينة البحث أقل من 25 سنة، وذلك بنسبة 87. 4٪.

2 - الجنس: عدد الإناث (239) وعدد الذكور (156)؛ وعدد الإناث أكبر في العينة وذلك بنسبة 60. 4٪ إناث، و39. 6٪ ذكور.

3 -التدين أجاب 62. 4٪ من أفراد العينة أن درجة التدين لديهم متوسطة بينما أجاب 19. 5٪ أن درجة التدين لديهم قوية، وكانت درجة التدين عند نسبة 6. 8٪ من الطلبة قوية جداً، بينما أجابت نسبة 9٪ أن درجة التدين لديها ضعيفة و 2. 3٪ ضعيفة جداً. كما يبين ذلك الجدول التالي:

جدول رقم 1:

توزيع متغير التدين عند أفراد العينة

قوية جداً	قوية	متوسطة	ضعيفة	ضعيفة جداً
٪8 .6	٪5 .19	٪4 .62	٪9	٪3 .2

4 - **الوضع المادي للأسرة:**

اعتبر نسبة 88. 7٪ من أفراد العينة أن عائلاتهم متوسطة الغنى، وفي الجدول التالي تفصيل لمختلف الأوضاع المادية عند أسر أفراد العينة:

جدول رقم 2:

توزيع الطلبة حسب متغير الوضع المادي للأسرة

غنية جداً	غنية	متوسطة	فقيرة	فقيرة جداً
%8	%3 .5	%7 .88	% 8 .4	%5 .0

5 - تدين عائلات الطلبة: تتراوح درجة التدين عند عائلات الطلبة بين نسبة 32. 1 % قوية، ونسبة 55. 9% متوسطة.

6 - ظروف التنشئة: أغلب أفراد العينة تربوا في حضن الوالدين معاً، وذلك بنسبة 84. 2% أما نسبة اللذين ربوا من طرف الأم فقط، فقد كانت بنسبة 9%، بينما لم تتجاوز نسبة الذين ربوا من طرف الأب فقط 1. 5%.

7 - المستوى التعليمي للوالدين:

7 – 1 المستوى التعليمي للأم: يلاحظ أن أغلبية الأمهات أميات، أو لا يتعدى مستواهن المرحلة الابتدائية، بينما نسبة الأمهات اللائي لديهن مستوى جامعي لم يتعد نسبة 7% كما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم 3:

المستوى التعليمي لأمهات أفراد العينة

المستوى التعليمي للأم	النسبة
أمية	%8 .28
مستوى ابتدائي	%1 .29
مستوى إعدادي	%8 .18
مستوى ثانوي	%3 .16
مستوى جامعي	%7

7 -2 المستوى التعليمي للأب: تمثل نسبة الآباء ذوي المستوى الابتدائي 24. 1% أعلى نسبة، وهي أقل من نسبة الأمهات اللائي مستواهن ابتدائي، تليها نسبة الآباء ذوي المستوى الجامعي 21. 8% وهي أعلى بكثير من نسبة الأمهات اللائي مستواهن جامعي، مما يدل على أن المستوى التعليمي للآباء أحسن بكثير من المستوى التعليمي للأمهات عند أفراد العينة، ويعكس هذا بالفعل واقع المستوى التعليمي للآباء والأمهات في المجتمع الجزائري، وفي الجدول التالي تفصيل لمختلف مستويات التعليم عند آباء أفراد العينة:

جدول رقم 4:

المستوى التعليمي لآباء أفراد العينة.

المستوى	النسبة
أمي	18. 3٪
مستوى ابتدائي	24. 1٪
مستوى إعدادي	18. 0٪
مستوى ثانوي	17. 0٪
مستوى جامعي	21. 8٪

8 - عدد الإخوة والأخوات: يلاحظ الحجم الكبير لعدد الإخوة والأخوات في العائلة الواحدة، إذ تراوح بين 4 و7 بنسبة 37. 3٪، وبين 8 و 11 أخاً وأختاً بنسبة 46. 03٪، كما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم 5:

عدد الإخوة والأخوات لأفراد العينة.

عدد الإخوة والأخوات	النسبة
1 -3	4. 76٪
4 -7	37. 30٪
8 -11	46. 03٪
12 فما فوق	3. 17٪

9 - أصل المنشأ: لم تتجاوز نسبة الطلبة الريفيين، أو البدويين (أصلاً وإقامة) في العينة نسبة 6. 5٪، بينما كانت نسبة الطلبة الذين هم من أصل ريفي، ولكنهم يقيمون حالياً بالحضر (المدن) 28. 5٪، ونسبة الطلبة الحضريين هي 65٪. وهذا يدلنا على مدى التغير الديمغرافي الذي حدث في الجزائر، حيث أصبحت أغلب العائلات حضرية، ورغم هذا التنوع في منشأ أفراد العينة، فإنهم لا يمثلون المجتمع الأصلي، لأن العينة لم تسحب بطريقة عشوائية.

2 - تحليل الإجابات عن فقرات الاستبيان:

1 - لا ينبغي أن يسمح بإيقاع العقاب الجسدي على الأطفال: أجاب أغلب الطلبة بالموافقة على هذه الفقرة، مما يدل على موافقتهم على عدم ممارسة العقاب الجسدي على الأطفال لتأديبهم؛ وقد كانت نسبة الموافقة 65. 1٪، بينما عارض

هذه الفقرة 20. 9٪؛ من أفراد العينة، وهذه النسبة ليست بالقليلة، خاصة إذا كانت من طرف طلبة جامعيين على أبواب تحمل مسؤولية تربية الأطفال وبناء العائلة في المستقبل، أما نسبة الطلبة المحايدين فقد كانت 10. 8٪.

2 - العقاب الجسدي في البيت له ما يبرره: رغم رفض أغلب الطلبة لاعتماد العقاب الجسدي كأسلوب لتأديب الأطفال، إلا أن عدداً كبيراً منهم أجاب بأن العقاب الجسدي في البيت له ما يبرره، وذلك بنسبة 62. 8٪، ولم تعارض هذه الفقرة إلا نسبة 22. 3٪؛ وأجابت نسبة 14٪ .9 بالحياد على هذه الفقرة. قد يبدو في هذا الموقف تناقض، ولكنه في الواقع ليس تناقضاً بقدر ما يفسر رفض الطلبة للعقاب الجسدي من ناحية المبدأ من جهة، وتبريره عندما يقع من جهة أخرى، وشتان ما بين الأمرين.

3 - حيث إن لركل ولصفع الأطفال عواقب سلبية، فإنه يجب إيقاف ذلك: وافق أغلب أفراد العينة على هذه الفقرة بنسبة عالية بلغت 78. 1٪، بينما عارضتها نسبة 11. 4٪. أما نسبة الحياد فهي 6. 7 ٪. يلاحظ أن نسبة الرفض للعقاب الجسدي عالية جداً، وهذا يدل على أن أفراد العينة واعون بعواقبه التي قد لا تحمد عقباها.

4 - العقاب الجسدي ضروري كوسيلة للتأديب: وافق الطلبة على هذه الفقرة بنسبة 37. 5٪، بينما رفضها 48. 6٪ منهم، ويبدو أن هناك انقساماً في الرأي حول استعمال العقاب الجسدي كوسيلة لتأديب الأطفال، حيث إن هناك تقارباً بين النسبتين، وإن كان الاتجاه الرافض لاستعمال العقاب الجسدي أعلى من الاتجاه الذي يقبله، ونسبة 14٪ من أفراد العينة أجابت بالحياد، رغم أن هذه الفقرة واضحة ومحددة. والجدير بالذكر أن إجابات الطلبة المحايدين لفقرات الاستبيان، وهي نسبة وإن كانت منخفضة إحصائياً نوعاً ما، إلى أنها مؤشر تربوي سلبي، خاصة إذا كانت من طرف طلبة جامعيين، أي في "المرحلة التي يبدأ فيها الإنسان بالتفكير العملي لتكوين أسرة، كما يصفها علماء النفس مثل Erikson (1963) و (القذافي)؛ فبقاء الطالب على الحياد أو" اللامبالاة" يجعله غير قادر على تحمل ما تتطلبه العملية التربوية من مسؤوليات.

5 - حيث إن العقاب الجسدي لم ينه مشكلات التأديب، فإنه ينبغي للمجتمع إلغاؤه: وافق أفراد العينة على هذه الفقرة بنسبة 62. 8٪، بينما عارضها 31. 9٪ وبقي 12. 2٪ من الطلبة على الحياد؛ أن نسبة المعارضة لممارسة العقاب الجسدي على الأطفال عالية، كما أنها متفقة مع نسب المعارضة للعقاب الجسدي السابقة الذكر.

6 - تخويف الطفل الآن، أو فيما بعد، بإيقاع العقاب الجسدي عليه لا يؤذي الطفل عاطفياً: وافق أفراد العينة على هذه الفقرة بنسبة 51. 4٪ وعارضها 34. 5٪، و بقيت نسبة 14. 1٪ على الحياد. من المعروف أن التخويف مهما كان نوعه تكون له عواقب سلبية، وكون أن أغلبية أفراد العينة أقروا بأنه لا تترتب عليه أية مشكلات، هذا يقودنا إلى القول إن معظم أفراد العينة تنقصهم الثقافة النفسية التربوية.

7 - إذا أشفقت على السوط، فإنك تفسد الطفل: رغم غموض هذه العبارة نوعاً ما، فإن أغلب الطلبة، وبنسبة 61. 5٪ رفضتها، بينما لم توافق عليها إلا نسبة 21. 2٪. وتدل هذه العبارة أن عدم ضرب الطفل يؤدي إلى إفساده بالإفراط في الحماية (تدليله). وفي الواقع، ليست هناك علاقة سببية بين عدم ضرب الطفل، وفساد تربيته كما أكد ذلك عشوي (2003).

8 - ينبغي وضع العصا حيث يراها الأطفال: وافق على هذه الفقرة 42. 5٪ ورفضها 40. 4٪، بينما وقفت نسبة 17. 2٪ من أفراد العينة على الحياد في ما يخص هذه النقطة. تدل هذه الفقرة على تخويف الأطفال بالعصا، بحيث تكون العصا مسلطة على رؤوسهم في كل الأوقات، وتدل إجابات الطلبة على أن هناك انقساماً في الرأي حول تخويف الأطفال بالعصا؛ لكن إذا ما قارنا تكرار هذه الإجابات بين الجنسين، فإننا نجد أن الإناث يوافقن على تخويف الطفل بالعصا في كل الأوقات أكثر من الذكور (استعمال اختبار كاي مربع (كا^2 = 12) باحتمال خطأ 0. 017 حيث إنه من الملاحظ (في البيئة الجزائرية على الأقل) أن الأمهات غالبا ما يلجأن إلى التخويف بالعصا والتهديد بها، ولا يلجأن إلى استخدامها إلا في حالات الغضب الشديد.

9 - العقاب النفسي أقل إيلاماً للطفل من العقاب الجسدي: من الواضح أن أغلبية الطلبة لم توافق على هذه الفقرة، حيث رفضها 48. 3٪، ولم يقبلها إلا 36. 3٪. أما 15. 4٪ فقد بقوا على الحياد، مما يدل على فهم الطلبة للأبعاد النفسية والتربوية السيئة للعقاب النفسي، الذي غالباً ما يكون أكثر إيلاماً، و إيذاء للطفل من العقاب الجسدي. ومع الأسف، فإن بعض الأمهات لا يدركن هذه الأبعاد، فيبالغن في إيذاء الطفل نفسياً، اعتقاداً منهن أن ذلك أخف من عقابه جسدياً؛ فيدعين عليه بالشر مثلاً، أو يحرمنه من بعض الأشياء الأساسية، كالأكل، والحب، والتواصل. فقد كشفت عدة دراسات ميدانية أن للحرمان العاطفي، وإيذاء الطفل نفسياً عواقب سلبية على الصحة النفسية للطفل، مثل دراسة (1963) Mussen وحمزة (1996) وعشوي (2003). وعليه، فالعقاب النفسي أكثر إيلاماً من العقاب الجسدي؛ لذلك يجب على الآباء والأمهات مراعاة أبعاده التي تؤثر سلبياً في أهداف العملية التربوية والصحة النفسية للطفل.

10 - الحرمان العاطفي للطفل أقل إيلاماً من العقاب الجسدي: كتدعيم للإجابة عن الفقرة السابقة؛ فقد رفض أغلب الطلبة هذه الفقرة بنسبة عالية بلغت 69. 6٪. ولم يوافق على هذه الفقرة إلا 20٪. و10. 3 ٪ هي نسبة الطلبة الذين أجابوا بالحياد. وتدعم هذه النتيجة الخلاصة التي ذكرت في التعليق على الفقرة السابقة.

11 - تأديب الأطفال بالضرب ضروري، ولكن لن أطبقه على أبنائي: 49. 2٪ من أفراد العينة وافقوا على هذه الفقرة، بينما عارضها 34. 7٪، و 16. 1٪ هي نسبة الطلبة المحايدين. وقد تدل إجابات الموافقين على ما يسمى في علم النفس بالتنافر المعرفي (الإيمان بشيء وممارسة نقيضه) (عشوي2003).

12 - الأب أكثر ضرباً للأطفال من الأم في عائلتي: لم يوافق على هذه الفقرة إلا 40٪، بينما عارضها 44٪؛ و 16٪ هي نسبة الطلبة الذين أجابوا بالحياد على هذه الفقرة. ولمعرفة الفرق بين الجنسين في ما يخص هذه الفقرة، قمنا بمقارنة إجابات الطلبة حسب الجنسين باستعمال كاي مربع، فوجدنا أن هناك فرقاً ذا

دلالة إحصائية بين إجابات الجنسين، باحتمال خطأ لم يتجاوز 003، حيث إن الذكور يوافقون على أن الأب أكثر ضرباً من الأم.

وعليه، فقد بينت نتائج دراسة قام بها عشوي في السعودية (2003) أن الأب أكثر ضرباً للذكور، والأم أكثر ضربا للإناث، وعموماً، فإن الأم أكثر ضرباً للأطفال من الأب؛ وقد يرجع هذا إلى كون الطفل أكثر التصاقاً بالأم من الأب، وأكثر احتكاكاً بها، كما أن للأم الدور الأكبر في تربية الطفل، وخاصة في المراحل الأولى من العمر. وتتوافق هذه النتيجة مع ما أكدته دراسة رحمة (1965) على أن أمهات الطبقة الفقيرة أكثر ميلاً لاستخدام العقاب الجسدي مقارنة مع أمهات الطبقة المتوسطة، ودراسة شرف عبد المجيد (1985) في المغرب التي بينت أن أساليب الآباء التربوية في الوسط المنخفض تتراوح ما بين الضرب (كعقاب جسدي) والتهديد والتخويف، كما أوضحت دراسة بولبي أن آباء الطبقة العاملة والأقل تعليماً، مقارنة بآباء الطبقة المتوسطة، أكثر ميلاً لاستخدام العقاب الشديد التحكمي والإهمال، وأقل ميلاً لأن يقضوا وقتاً في نشاطات مشتركة مع أطفالهم. (نقلاً عن الكتاني:2000) وقد اتفقت أيضاً هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (عشوي، 2003).

13 - تتعرض البنات أكثر من الأولاد للضرب في عائلتي: لم يوافق على هذه الفقرة إلا 20٪ من مجموع أفراد العينة، بينما عارضها 59. 1٪ وهي نسبة عالية. أما نسبة المحايدين فهي 21٪ وهي ليست نسبة منخفضة. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة عشوي (2003) والدراسات التي أجريت في مصر أيضاً (سيف الدين، 2001).

3 - الاتجاهات الشائعة عند أفراد العينة:

1 - الاتجاه نحو ممارسة العقاب الجسدي: عارض أغلب الطلاب ممارسة العقاب الجسدي لتأديب الطفل وذلك بنسبة 69 ٪، بينما وافق عليه 31٪ منهم، مما يدل على عدم موافقة أغلبية الطلاب على ممارسة العقاب الجسدي على الأطفال لتأديبهم. وتتفق هذه الدراسة مع ما أورده الحارثي (1991) في دراسته التي هدفت إلى التعرف على اتجاهات المعلمين، وأولياء الأمور، في مدينة مكة

المكرمة، نحو العقاب الجسدي في المدارس، وعلاقتها ببعض المتغيرات، حيث وجد أن نسبة 65% من أفراد العينة يرفضون استخدام العقاب الجسدي مع الطلاب في المدارس.

2 - الاتجاه نحو العقاب النفسي: سئل الطلبة في ما إذا كانوا يعتقدون أن العقاب النفسي أقل إيلاماً من العقاب الجسدي، فوجدنا أن أغلبهم (48. 3٪) قد رفضوا كون العقاب النفسي أقل إيلاماً من العقاب الجسدي، ولم يقبل هذه العبارة إلا(36. 3٪). وبالتالي، فإن الاتجاه الرافض لاستعمال العقاب النفسي(72٪) أعلى بكثير من الاتجاه المؤيد(28٪). وكتدعيم لهذه النتيجة، قمنا بإحصاء الإجابات حول الفقرة التي تنص على أن الحرمان العاطفي أقل إيلاماً للطفل من العقاب الجسدي، وتبين أن أغلب الطلاب (69. 6٪) قد رفضوا هذه الفقرة، مما يدل على وعيهم بخطورة العقاب النفسي على الطفل. ولعل ارتفاع نسبة رفض الفقرة المتعلقة بحرمان الطفل عاطفياً تدل على شدة العقاب النفسي، خاصة إذا كان مرتبطاً بالحرمان العاطفي للطفل من طرف والديه.

وهكذا، فإن الاتجاه العام نحو استعمال العقاب الجسدي أعلى من الاتجاه نحو استعمال العقاب النفسي. وقد دلت نتائج اختبارFriedman لقياس الدلالة الاحصائية للفروق بين متوسطات الرتب أن الاتجاه نحو العقاب الجسدي يأتي في المرتبة الأولى بمتوسط رتب يقدر بـ (1. 8) و الاتجاه نحو العقاب النفسي في المرتبة الثانية بمتوسط رتب (1. 2). وقد توافقت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسات سابقة (الحارثي1991 وايسنشتاين 2000 وعشوي 2003) حيث بينت أن الاتجاه نحو استعمال العقاب الجسدي أكبر من الاتجاه نحو استعمال العقاب النفسي، مما يدل على وعي المشاركين في البحث بخطورة العقاب النفسي، وعواقبه الوخيمة على التوازن النفسي والصحة النفسية. وفي ما يلي جدول يوضح نتائج اختبار الرتب عند مقارنة الاتجاهات نحو العقاب الجسدي والعقاب النفسي.

جدول رقم 6: الاتجاه نحو العقاب الجسدي والعقاب النفسي

الرتبة	الاتجاه	العينة	متوسط الرتب	كاي مربع	الدلالة الإحصائية
1	الاتجاه نحو العقاب الجسدي	341	80 .1	126	000 .0
2	الاتجاه نحو العقاب النفسي	341	20 .1		

4 - الفروق في الاتجاهات نحو العقاب الجسدي والنفسي حسب الخصائص الشخصية والديموغرافية لأفراد العينة:

4 -1 - الفرق في الاتجاه نحو العقاب الجسدي والخصائص الشخصية والديموغرافية:

1 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ما يخص الاتجاه نحو العقاب الجسدي حسب متغير الجنس (كا^2 = 37. 18) باحتمال خطأ 0. 01 حيث جاءت نسبة الذكور الموافقين (53. 2٪) على هذا الاتجاه أعلى من نسبة الإناث الموافقات (46. 89٪). وعليه، فإن الذكور أكثر قبولاً لممارسة العقاب الجسدي على الأطفال من الإناث. وقد يرجع هذا إلى كون الأنوثة ترتبط بالأمومة، ومن صفاتها العاطفة الفياضة الحس المرهف، وغيرها، أما العقاب الجسدي فيستلزم نوعاً من الخشونة والقسوة والعنف، وهذه الصفات تتوافر عند أغلبية الذكور، عكس الإناث. أما في الواقع، فإن الأم أكثر ضرباً للأطفال من الآباء بصفة عامة، كما سبق شرح ذلك.

2 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ما يخص الاتجاه نحو العقاب الجسدي حسب متغير السن (كا^2 = 85. 16) باحتمال خطأ 0. 03، كما بينت نتائج المعالجة الإحصائية عدم وجود علاقة ارتباطية بين هذا الاتجاه و سن الطلبة. والجدول التالي يبين توزيع اتجاهات الطلاب نحو العقاب الجسدي حسب السن، ونعتقد أن الفرق راجع إلى أن أغلبية أفراد العينة ينتمون إلى فئة السن الأقل من 25سنة.

جدول رقم 7:

توزيع الطلبة الموافقين للعقاب الجسدي حسب متغير السن

أقل من 18	أقل من 25	أقل من 30	أقل من 35	مجموع
٪ 5 .5	٪ 4 .86	٪ 3 .7	٪ 9 .8	٪ 100

3 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ما يخص الاتجاه نحو العقاب الجسدي، حسب التدين عند أفراد العينة (كا^2 = 83. 2).

4 – توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ما يخص الاتجاه نحو العقاب الجسدي حسب التدين عند عائلات أفراد العينة (كا^2 = 113. 53) باحتمال خطأ 0. 01.

ونلاحظ أن أغلب أفراد العينة الذين صرحوا بأن عائلاتهم متدينة بدرجة قوية ومتوسطة، يؤيدون العقاب الجسدي كأسلوب لتأديب الأطفال، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم 8:

توزيع الطلبة الموافقين على العقاب الجسدي حسب متغير التدين عند عائلاتهم

قوية جداً	قوية	متوسطة	ضعيفة	ضعيفة جداً	مجموع
٪4 .5	٪7 .38	٪4 .51	٪5 .4	٪00	٪100

5 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ما يخص الاتجاه نحو العقاب الجسدي، حسب متغير المستوى التعليمي للأمهات (كا^2 =84. 6).

6 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ما يخص الاتجاه نحو العقاب الجسدي، حسب متغير المستوى التعليمي للآباء (كا^2 = 89. 3).

7 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ما يخص الاتجاه نحو العقاب الجسدي، حسب متغير مجموع عدد الإخوة والأخوات (كا^2 = 349. 7) باحتمال خطأ 0. 01، حيث بلغت أعلى نسبة الطلبة الموافقين للعقاب الجسدي عند الطلبة الذين يتراوح عدد الإخوة الأخوات في أسرهم بين 4 و7 أخاً وأختاً وهي 61٪. تعتبر الأسرة في المجتمعات النامية، ومنها المجتمعات العربية ذات حجم كبير (4 -7) أفراد، وهذا ما توصلت إليه نتائج بحثنا. وحجم الأسرة عامل من العوامل التي تؤثر في سلوك الوالدين تجاه الأبناء، حيث إنه كلما ازداد عدد أفراد الأسرة، كلما قل التواصل والتفاعل بين الآباء والأبناء، وربما أيضاً الرعاية اللائقة، ويكون هذا أكيداً عندما يكون دخل الأسرة ضعيفاً، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى التفاعل بين الإخوة، وما يترتب عنه من نقاش، وجدال، وخصام أحياناً، مما يضطر الآباء إلى استخدام أساليب تربوية تتميز بالقسوة والتسلط، وذلك بهدف التحكم وفرض وضبط النظام، وقد تلجأ الأمهات إلى ذلك أيضاً. ومهما يكن، فإنه من الصعب تعميم هذه النتيجة دون إجراء بحث ميداني قائم على عينات ممثلة للمجتمع الأصلي.

جدول رقم 9:

توزيع الطلبة الموافقين على العقاب الجسدي حسب متغير عدد الأخوة والأخوات في الأسرة

1 -3	4 -7	8 -11	12 فما فوق
٪28	٪61	٪11	٪00

8 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ما يخص الاتجاه نحو العقاب الجسدي، حسب متغير عدد الإخوة (كا^2 = 250. 6) باحتمال خطأ 0. 03، حيث نلاحظ أن أفراد العينة الذين ينتمون للأسر صغيرة الحجم، والتي عدد الإخوة فيها يتراوح بين 1 -3 صرحوا بأنهم موافقون على ممارسة العقاب الجسدي على الأطفال وبنسبة عالية (79. 8٪) بينما وافق (27. 3٪) من المنتمين للفئة التي تراوح عدد الإخوة فيها بين 4 -7؛ وربما يبدو تفسيرنا السابق (بند7) مناقضاً للنتيجة الحالية، وتخص هذه النتيجة عدد الإخوة (الذكور) حيث كما أشرنا سابقاً، فإن الذكور يميلون إلى استخدام القسوة أكثر من الإناث، لأنهم ربوا على ذلك.

جدول رقم 10:

توزيع الطلبة الذين لديهم اتجاه ايجابي نحو العقاب الجسدي حسب عدد الأخوة في الأسرة

1 -3	4 -7	8 -11	12 فما فوق
71. 8٪	27. 3٪	0. 9٪	00٪

9 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ما يخص الاتجاه نحو العقاب الجسدي، حسب متغير عدد الأخوات (كا^2 =153).

10 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ما يخص الاتجاه نحو العقاب الجسدي عند أفراد العينة، حسب متغير وضع الأسرة المادي (كا^2 = 213) باحتمال خطأ 0. 00؛ ولمعرفة اتجاه الفروق قمنا بحساب النسب المئوية، فوجدنا أن أعلى نسبة الطلبة الموافقين على ممارسة العقاب النفسي ينتمون إلى عائلات متوسطة الدخل المادي، وذلك بنسبة 89. 1٪؛ وقد يرجع هذا إلى كون أغلبية الطلبة ينتمون إلى هذه الفئة، كما تم ذكره سابقاً؛ وفي الجدول التالي النسب المئوية لبقية الأوضاع المادية للأسرة.

جدول رقم 11:

توزيع الطلبة الموافقين على العقاب الجسدي حسب الوضع المادي للأسرة

غنية جداً	غنية	متوسطة	فقيرة	فقيرة جداً
1. 8٪	1. 8٪	89. 1٪	7. 3 ٪	00٪

يلاحظ من خلال الجدول أن الغالبية العظمى من أفراد العينة يؤيدون استخدام العقاب الجسدي، وينتمي هؤلاء إلى الطبقة المتوسطة الدخل. من المعروف أن الطبقة المتوسطة تحت

أطفالها على اكتساب العلم والمحافظة على المكانة الاجتماعية المكتسبة، بالإضافة إلى دفعهم للصعود إلى مستويات أعلى "فهي تؤكد على تأجيل الإشباع من أجل الأهداف البعيدة، وتؤكد على التقدم الدراسي والمهني" (انظر، الكتاني 2000ص65 -66) وعليه نجد أفراد هذا المستوى يحرصون كل الحرص على تحقيق الغايات المسطرة، حتى إن اقتضى الأمر استخدام العقاب الجسدي.

11 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ما يخص الاتجاه نحو العقاب الجسدي لدى أفراد العينة، حسب متغير المنشأ ريف / مدينة (كا^2 =60. 36) باحتمال خطأ 0. 03، كما جاءت أعلى نسبة لتأييد استخدام العقاب الجسدي عند الطلبة الذين هم من عائلات ذات منشأ حضري بنسبة 60. 9 ٪ تليها نسبة الطلبة الذين هم من أصل بدوي، ولكنهم يقيمون حالياً بالحضر (المدن) وهي 26. 4٪، بينما لم تتجاوز نسبة الطلبة الريفيين، أو البدويين (أصلاً وإقامة) في هذه العينة الذين أيدوا العقاب الجسدي نسبة 12. 7٪ كما هو واضح من الجدول التالي. وقد تبدو هذه النتيجة عكس ما هو متوقع، إلا أن ضغوط الحياة، وضيق السكن في المدن الجزائرية، وما يترتب عن ذلك من انفعالات سلبية قد تكون وراء مثل هذه الاتجاهات عند سكان المدن في الجزائر.

جدول رقم 12:

توزيع الطلبة الموافقين على العقاب الجسدي حسب الوضع المادي للأسرة

حضرية	بدوية لكنها الآن حضرية	ريفية بدوية الأصل والإقامة
٪9 .60	٪4 .26	٪7 .12

4 -2 -الفروق في الاتجاهات نحو العقاب النفسي والخصائص الشخصية والديموغرافية

1 - هناك علاقة بين الاتجاه نحو استعمال العقاب النفسي والجنس، حيث بينت المعالجة الإحصائية باستعمال معامل الارتباط فاي phi وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً (0. 27) باحتمال خطأ 0. 04 بين المتغيرين، كما بينت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين الجنسين (كا^2 = 26. 46) باحتمال خطأ 0. 04 حيث كانت نسبة الإناث الموافقات على هذا الاتجاه (52. 5٪) أعلى من نسبة الذكور الموافقين (47. 5٪). وبالتالي فإن الإناث أكثر قبولاً لممارسة العقاب النفسي على

أبنائهن من الذكور، حيث عادة ما يلجأن إلى استخدام الألفاظ السلبية والمؤذية لتأديب الأطفال، فتراهن يهددن ويتوعدن، كما يدعون على أبنائهن بالشر، وإمطارهم بوابل من الشتائم، ووصفهم بصفات غير محبذة، ولو أنهن لا يقصدن ذلك حقيقة. وقد تبدو هذه النتيجة مناقضة لما توصل إليه عشوي (2003)، حيث وجد أن أغلبية الطالبات في عينته (السعودية) يرفضن ممارسة العقاب النفسي، ولكنه لم يقم بدراسة الفروق بين الذكور والإناث في هذه النقطة، لأنه اكتفى بدراسة الاتجاه عند الطالبات فقط.

2 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ما يخص الاتجاه نحو العقاب النفسي حسب متغير السن (كا^2 = 55).

3 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ما يخص الاتجاه نحو العقاب النفسي، حسب التدين عند أفراد العينة (كا^2 = 90. 2) باحتمال خطأ0. 01. و يتضح من خلال النسب المئوية أن أعلى نسبة للطلبة الموافقين على ممارسة العقاب النفسي ضد الأطفال ينتمون لفئة "التدين المتوسطة" وذلك بنسبة 59. 2٪. قد تعود هذه النتيجة إلى انتماء أغلبية أفراد العينة لهذه الفئة حسب تصنيفهم الذاتي (الشخصي) كما سبق ذكره. لكن عند المقارنة بين الطرفين (قوي - ضعيف)؛ فإننا نجد أن اتجاه الطلبة نحو العقاب النفسي يميل إلى الارتفاع عند الطلبة الذين درجة التدين لديهم قوية بنسبة 14. 6٪ وقوية جداً بنسبة 16. 5٪ بينما يميل إلى الانخفاض عند الطلبة الذين لديهم درجة التدين ضعيفة وضعيفة جداً؛ وفي الجدول التالي تفصيل لإجابات الطلبة الموافقين على العقاب الجسدي حسب متغير التدين لديهم، علماً بأن تقدير درجة التدين تقدير ذاتي، أو شخصي بحت، ولا يستند إلى أي معيار موضوعي.

جدول رقم 13:

توزيع الطلبة الموافقين على العقاب النفسي حسب متغير التدين لديهم

قوية جداً	قوية	متوسطة	ضعيفة	ضعيفة جداً	مجموع
٪6 .14	٪5 .16	٪2 .59	٪8 .7	٪9 .1	٪100

4 – توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ما يخص الاتجاه نحو العقاب النفسي، حسب التدين عند عائلات أفراد العينة (كا^2 = 87. 52) باحتمال خطأ 0. 02. نلاحظ من خلال النسب المئوية المبينة في الجدول أدناه أن اتجاه الطلبة نحو العقاب النفسي يميل إلى الارتفاع عند الطلبة الذين درجة التدين عند عائلاتهم قوية جداً بنسبة 10. 6٪ وقوية بنسبة 35. 6٪؛ وفي الجدول التالي تفصيل لإجابات الطلبة الموافقين للعقاب الجسدي حسب متغير تدين عائلاتهم:

جدول رقم 14:

توزيع الطلبة الموافقين على العقاب النفسي حسب متغير التدين عند عائلات أفراد العينة

قوية جداً	قوية	متوسطة	ضعيفة	ضعيفة جداً	مجموع
٪6 .10	٪6 .35	٪50	٪9 .1	٪9 .1	٪100

5 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ما يخص الاتجاه نحو ممارسة العقاب النفسي، حسب متغير المستوى التعليمي للأمهات (كا^2 =66. 52).

6 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ما يخص الاتجاه نحو ممارسة العقاب النفسي، حسب متغير المستوى التعليمي للآباء (كا^2 = 60. 65).

7 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ما يخص الاتجاه نحو العقاب النفسي، حسب متغير مجموع عدد الإخوة والأخوات (كا^2 = 249. 7) باحتمال خطأ 0. 01، حيث بلغت أعلى نسبة الطلبة الموافقين على ممارسة العقاب النفسي عند الطلبة الذين يتراوح عدد الإخوة الأخوات (العدد الإجمالي) في أسرهم بين 4 و7 أخاً وأختاً وهي 52. 4٪. وفي الجدول التالي تفصيل لباقي النسب:

جدول رقم 15:

يوضح عدد الإخوة والأخوات والاتجاه نحو العقاب النفسي

1 -3	4 -7	8 -11	12 فما فوق
٪1 .29	٪4 .52	٪5 .15	٪03

8 – لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ما يخص الاتجاه نحو ممارسة العقاب النفسي، حسب متغير عدد الإخوة فقط (كا^2 = 172).

9 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ما يخص الاتجاه نحو ممارسة العقاب النفسي، حسب متغير عدد الأخوات فقط (كا^2 =136. 8.)

10 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ما يخص الاتجاه نحو ممارسة العقاب النفسي، حسب متغير وضع الأسرة الاقتصادي (كا^2 = 124. 1) باحتمال خطأ 0. 00. وعند حساب النسب المئوية وجدنا أن أعلى نسبة للطلبة الموافقين على ممارسة العقاب النفسي ينتمون إلى عائلات متوسطة الدخل المادي، وذلك بنسبة 91. 3٪ وقد يرجع هذا إلى كون أغلبية الطلبة ينتمون إلى هذه الفئة؛ أي 353 طالباً ينتمون إلى الطبقة المتوسطة و48 طالباً يتوزعون على باقي الفئات، كما تم ذكره سابقاً، علماً بأن تقدير الوضع الاقتصادي (المادي) ذاتي، أو شخصي، أيضاً، ولا يستند إلى أي معيار موضوعي. لكن عند مقارنة النسب المئوية عند الأوضاع المادية الأخرى، وإجابات الطلبة الموافقين، فإننا نجد أن اتجاه الطلبة نحو ممارسة العقاب النفسي يميل إلى الارتفاع عند الطلبة المنتمين للأسر الغنية، ويميل إلى الانخفاض عند الطلبة المنتمين للأسر الفقيرة، مما يستدعي إجراء دراسات ميدانية أكثر ضبطاً لدراسة العلاقة بين الاتجاه نحو ممارسة العقاب النفسي والوضع المادي للأسرة، وتدين الطلبة وعائلاتهم، وفق معايير موضوعية. وفي الجدول التالي تفصيل لإجابات الطلبة الموافقين على ممارسة العقاب الجسدي حسب الوضع المادي للأسرة.

جدول رقم 16:

توزيع الطلبة الذين تعرضوا للعقاب النفسي حسب الوضع المادي للأسرة

غنية جداً	غنية	متوسطة	فقيرة	فقيرة جداً
2. 9٪	2. 9٪	91. 2٪	1. 9 ٪	1٪

11 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ما يخص الاتجاه نحو العقاب النفسي، حسب متغير المنشأ: ريف، بادية /مدينة (كا^2 =40).

مناقشة النتائج:

حاولت هذه الدراسة معرفة اتجاهات الطلاب والطالبات في الجزائر نحو استعمال العقاب الجسدي، والعقاب النفسي لتأديب الأطفال، كما حاولت دراسة الفروق في الاتجاهات نحو العقاب الجسدي، والعقاب النفسي لتأديب الأطفال حسب العوامل الشخصية، والديموغرافية التالية: الجنس، السن، المنشأ (ريف / مدينة)، المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي للوالدين، وتدين أفراد العينة وعائلاتهم، وفي ما يلي مناقشة لأهم نتائج البحث:

1 - عارض أغلبية أفراد العينة ممارسة العقاب الجسدي، وكذلك العقاب النفسي، مما يدل على وعي الطلاب بخطورة كل من العقاب الجسدي والنفسي على النمو، والصحة النفسية للأطفال، ولأفراد المجتمع بصفة عامة. وقد توافقت هذه النتيجة مع ما توصل إليه عشوي (2003) في دراسته على عينة من الطالبات في المملكة العربية السعودية.

2 - توصلت هذه الدراسة إلى أن الاتجاه نحو ممارسة العقاب النفسي أعلى من الاتجاه نحو ممارسة العقاب الجسدي عند الإناث؛ ولعل هذه النتيجة تتوافق مع ما توصلت إليه دراسة العلي (1999) في السعودية، والتي وجدت أن ممارسة العقاب النفسي عند الأمهات أكبر من ممارستهن للعقاب الجسدي. وقد يفسر هذا بجهل معظم الأمهات بخطورة العقاب النفسي.

3 - توصلت الدراسة إلى أن اتجاه الذكور نحو ممارسة العقاب الجسدي على الأطفال كان إيجابياً أكثر من الإناث. وقد توافقت هذه النتيجة مع نتائج دراسات سابقة مثل دراسة أسيري (2001) في البحرين، دراسة الشقيرات والمصري (2001) في الأردن، ودراسة القرشي (1986) في الكويت. وقد ترجع هذه النتيجة إلى اعتقاد كثير من الآباء (الرجال) في المجتمعات العربية بضرورة تعويد الأطفال، وخاصة الذكور منهم، على الخشونة لمواجهة الظروف الصعبة. وقد ترجع أيضاً إلى تعرض الذكور في المجتمعات العربية للعقاب الجسدي أكثر من تعرض الإناث له، مما يدعو، ولو لاشعورياً، إلى تكرار ممارسة العنف والقسوة على الأبناء.

4 - وجدت الدراسة أن اتجاه العائلات "المتوسطة" و"القوية" التدين نحو ممارسة العقاب الجسدي على الأطفال كان إيجابياً أكثر من العائلات الأقل تديناً. ولعل هذه النتيجة في حاجة إلى دارسة معمقة تحدد فيها درجة التدين بمعايير موضوعية.

5 - أظهرت الدراسة أن الأسر التي يتراوح عدد أبنائها بين (4 -7) ذكوراً وإناثاً، لها اتجاه إيجابي أكبر نحو استخدام العقاب الجسدي مع الأطفال. من المعروف أنه عندما يزداد عدد أفراد الأسرة بسبب كثرة عدد الأبناء والبنات تقل فرص التواصل والحوار بين الآباء والأبناء، أضف إلى ذلك كثرة مواقف الاحتكاك والنزاعات بين الأبناء والبنات من جهة، وبينهم وبين الآباء والأمهات من جهة أخرى، مما قد يدفع

الآباء إلى اعتماد أساليب تربوية قائمة على القسوة والسيطرة، وذلك بهدف التحكم وتحقيق النظام والانضباط في الأسرة.

6 - بينت الدراسة أن اتجاهات أفراد العينة الذين ينتمون إلى الطبقة المتوسطة الدخل إيجابية نحو ممارسة العقاب الجسدي على الأطفال. وتتناقض هذه النتيجة مناقضة مع ما يراه جيل (Gil) بأن الإساءة تظهر أكثر في الأسر الفقيرة، وقد تختفي إلى حد ما في الأسر الغنية. (Freeman. M. David. A (1980. p. 29، كما أن النتيجة لا تتفق مع ما توصل إليه كل من (رحمة، 1965 في سوريا وشرف عبد المجيد 1985 في المغرب). وقد يفسر الاتجاه الإيجابي لاستعمال العقاب الجسدي عند أفراد الفئة ذات الدخل المتوسط، إلى رغبة المنتمي هذه الفئة في المحافظة على مكانتهم الاجتماعية بالدرجة الأولى، والطموح للصعود إلى مكانة أعلى اجتماعياً واقتصادياً. وعليه، فقد يحرصون الحرص الشديد لتحقيقها من خلال ضبط أبنائهم باستخدام شتى وسائل التنشئة الاجتماعية، بما فيه استعمال العقاب الجسدي، إن اقتضى الأمر ذلك. ومهما يكن، فإن هذه النتيجة في حاجة إلى تمحيص وفحص، وذلك باستعمال عينات ممثلة، وباستخدام معايير موضوعية، لتحديد مفهوم الفئات حسب الوضع المادي.

أما الاتجاه نحو ممارسة العقاب النفسي، وعلاقته ببعض المتغيرات، فقد كانت النتائج كالآتي:

1 - بينت النتائج أن اتجاه الإناث نحو العقاب النفسي كانت ايجابية، وهذا يدل على أن الإناث أكثر ميلاً وقبولاً لممارسة العقاب النفسي ضد الأطفال. وربما يرجع هذا الميل لهذا النوع من أساليب التأديب إلى كون الأمهات لا يلجأن عادة إلى العقاب الجسدي، لأنه يتطلب نوعاً من القوة والخشونة اللتين لا تتوفران عند أغلب الأمهات، وبخاصة عند مواجهة الأطفال الذكور المراهقين. وقد يرجع هذا الميل إلى جهل أغلب الأمهات بالضرر الكبير الذي قد ينجم عن العقاب النفسي.

2 - أظهرت الدراسة أن اتجاه أفراد العينة الذين أقروا بأن درجة التدين لديهم متوسطة وقوية نحو العقاب النفسي اتجاه إيجابي. وقد توافقت هذه النتيجة مع اتجاههم نحو العقاب الجسدي، وكذلك الأمر بالنسب للذين صرحوا بأن درجة التدين لديهم قوية جداً -وذلك بنسب متفاوتة - لكنها عالية بالمقارنة مع من لديهم درجة تدين

ضعيفة. ويتطلب التأكد من هذه النتيجة، ضبط مفهوم التدين، واستعمال معايير موضوعية لدراسته وقياسه إن أمكن، واستعمال عينات ممثلة للمجتمع الأصلي.

3 - توصلت الدراسة إلى أن الاتجاه عند أفراد العينة الذين ينتمون إلى فئة متوسطة الدخل نحو ممارسة العقاب النفسي إيجابي. وقد يعود هذا إلى تغليب هذه الأسر ممارسة العقاب النفسي على ممارسة العقاب الجسدي، اعتقاداً منها أن العقاب النفسي أقل ضرار من العقاب الجسدي. ومهما يكن، فإن هذا التفسير في حاجة لبحوث أكثر ضبطاً لمتغير الدخل المادي، ولتحديد أدق، وواضح، لمفهوم العقاب النفسي.

وبصفة عامة، فإن هذا البحث، وإن أجاب عن الأسئلة العامة المطروحة، فإنه قد فتح المجال لتوليد فرضيات جديدة للعلاقة بين استعمال كل من العقاب الجسدي، والعقاب النفسي، وتدين الطلبة والشباب بصفة عامة وعائلاتهم في المجتمع الجزائري، وكذلك العلاقة بين ممارسة العقاب النفسي والعقاب الجسدي على الأطفال، ومستوى الدخل المادي (الاقتصادي) للأسرة الجزائرية.

ولدراسة هذه العلاقات دراسة دقيقة ينبغي القيام بمعاينة عشوائية (طبقية - عنقودية) ممثلة للمجتمع الأصلي (مجموع الطلاب والطالبات في الجزائر) كما تتطلب تحديد مفاهيم التدين، والدخل المادي، تحديداً موضوعياً باستعمال معايير كمية إن أمكن.

المراجع العربية:

1 - أبو ناهية، صلاح الدين ومرسي، رشاد عبد العزيز (1988): الفروق بين الجنسين في إدراك السلوك الوالدي للأسرة الفلسطينية بقطاع غزة. مجلة علم النفس، العدد6 أبريل، مايو، يونيو، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

2 - أسيري، بتول (2001) قسوة أم تربية ؟ سوء المعاملة في الأسر البحرينية: دراسة مقارنة بين وجهات نظر الأمهات ووجهة نظر الأطفال. مؤتمر حماية الطفل من سوء المعاملة والإهمال: البحرين20 -22 أكتوبر 2001.

3 - البرجس، عارف مفضي (د. ت.): التوجيه الإسلامي للنشء في فلسفة الغزالي. دار الأندلس، بيروت، لبنان.

4 - الحارثي، زايد عجير (1991)، اتجاهات المعلمين وأولياء الأمور في مدينة مكة، نحو العقاب الجسدي.

في المدارس، وعلاقتها ببعض المتغيرات المستقبلية. مجلة كلية التربية، جامعة قطر - السنة الثانية - العدد الثامن.

5 - الشقيرات، محمد عبد الرحمن والمصري، عامر نايل (2001)، الإساءة اللفظية ضد الأطفال، من قبل الوالدين في محافظة الكرك، وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية المتعلقة بالوالدين، مجلة الطفولة العربية، المجلد الثاني – عدد 7 يونيو 2001.

6 - الشويعر، قماشة بنت محمد (1993)، ممارسة العقاب في مؤسسات رياض الأطفال الحكومية والأهلية، دراسة ميدانية، ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود الرياض.

7 - الصويغ، سهام عبد الرحمن (1999) إدراك الأبناء في مرحلة الطفولة المتأخرة لأساليب العقاب الضابطة المتبعة من قبل أمهاتهم. ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس، جامعة الملك فيصل، الرياض.

8 - العويضة، سلطان بن موسى. (2001). العلاقة بين أساليب التنشئة الو الدية وبعض سمات الشخصية والتوافق – مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية عدد4.

9 - القذافي، رمضان محمد. (1997)، الشخصية نظرياتها – اختباراتها - وأساليب قياسها. ط2 دار الكتب الوطنية - بنغازي. منشورات الجامعة المفتوحة ليبيا.

10 - القرشي، عبد الفتاح. (1986). اتجاهات الآباء والأمهات الكويتيين في تنشئة الأبناء وعلاقتها ببعض المتغيرات – حوليات كلية الآداب. جامعة الكويت. الرسالة الخامسة والثلاثون.

11 - الكتاني، فاطمة المنتصر. (2000). الاتجاهات الوالدية في التنشئة الاجتماعي، وعلاقتها بمخاوف الذات لدى الأطفال: دراسة ميدانية، نفسية، اجتماعية على أطفال الوسط الحضري بالمغرب. دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان.

12 - براوند، ك (1968) علم النفس الاجتماعي في الصناعة، ترجمة: السيد، محمد خيري وآخرون ط2 دار المعارف - مصر.

13 - حمزة، جمال مختار (1991) التنشئة الو الدية وشعور الأبناء بالفقدان. مجلة علم النفس، عدد37. يوليو، أغسطس، سبتمبر.

14 - سيف الدين، أميرة (2001) سوء المعاملة وإهمال الأطفال: التجربة المصرية، مؤتمر حماية الطفل من سوء المعاملة والإهمال عبر حماية الأسرة وتعزيز التشريعات المنعقد بالبحرين 20 - 22 أكتوبر.

15 - عشوي، مصطفى. (2003) تأديب الأطفال في الوسط الأسري: الواقع والاتجاهات. مجلة الطفولة العربية. المجلد الرابع، الكويت.

16 - عشوي، مصطفى وخياطي، مصطفى. (2006). أطفالنا... هل نؤدبهم أم نعاقبهم؟ دراسة ميدانية في ثانويات الجزائر العاصمة. فورام للنشر - الجزائر.

English References

1- Freeman. M. David. A. (1981); Violence in the Home: A Socio-Legal Study. Grower Publishing Company Limited. University College London England

2 - Holeden. G. W. Coleman. S. M. & Schmidt. K. L (1995) Why Three-year-old Children Get Spanked; Parent And Child Determinants As Reported By College- Educated Mothers; Merrill Palmer Quarterly. 41. 431-452

3 - Tracy L. Dietz (2000) Discipline Children: Characteristics Associated With The Use of Corporal Punishment. Child Abuse & Neglect. Vol. 24. N. 12.

شروط العضوية

منذ مطلع العام 1990، ومع صدور العدد الأول من الثقافة النفسية المتخصصة، والمركز يعمل على إرساء خطاب نفسي عربي جامع، يترجم أهداف خدمة الاختصاص في الدولة العربية. وعلى هذا الطريق عقد المركز ثلاثة مؤتمرات عربية جامعة مع انتظام صدور دوريته الثقافية النفسية المتخصصة، حتى توصل المركز إلى كسب ثقة زملاء من كافة أنحاء العالم العربي، فأصبح أعضاؤه موزعين على الدول العربية. هذا ويسعى المركز إلى توسيع دائرة التواصل بين الاختصاصيين عبر المجلة، والمشاريع التوثيقية التي يتبناها، ومنها مشروع الصفحة المعلوماتية العربية على شبكة الإنترنيت.

يتوجب على طالب العضوية استيفاء الشروط التالية:

1- أن يكون متخصصاً في أحد فروع العلوم النفسية. ويحدد نوع العضوية بناء على المؤهلات، إذ يعتبر عضواً متمرناً المنتسب الحائز على الليسانس. عضواً منتسباً الحائز على الماجستير، وعضواً مؤهلاً من كان حائزاً على الدكتوراه، أو على التخصص في الطب النفسي، أو الطبيب الباحث في ميدان السيكوسوماتيك. كما يعتبر عضواً عاملاً الاختصاصي المشارك في النشاطات الأساسية للمركز. وتمنح عضوية شرف المركز للمشتركين مدى الحياة في المجلة، كداعمين لاستمراريتها. وكذلك لأصحاب الإسهامات المميزة الداعمة للمركز.

2- أن يرسل سيرته العلمية المفصلة مع صور الوثائق، والسماح بإدراجها في الصفحة العربية للعلوم النفسية، وفي صفحة المركز التي ستضم أسماء أعضائه وسيرهم العلمية.

3- الالتزام بالدعوة لتكييف مبادئ الاختصاص، بما يلائم البيئة الثقافية العربية.

4- أن يشارك في نشاطات المركز ضمن إطارات اهتمامه.

5- أن يشترك في مجلة المركز الثقافية النفسية المتخصصة. حيث يعتبر هذا الاشتراك هو رسم الاشتراك في عضوية المركز. وتتوزع أنواع الاشتراك كمايلي:

- اشتراك عادي 40 دولار سنوياً (يحصل على أعداد المجلة).

- اشتراك شامل 100 دولار سنوياً (يحصل على كافة إصدارات المركز عن سنة الاشتراك من كتب ونشرات وغيرها).
- اشتراك مدى الحياة 500 دولار.

للاشتراك يرسل طلب الاشتراك مبيناً فيه بوضوح: الاسم والعنوان، والمستوى الأكاديمي، ومكان العمل، وفئة العضوية المطابقة. ويرسل الاشتراك بموجب حوالة باسم رئيس التحرير د. محمد أحمد النابلسي على الحساب التالي: المصرف: الشركة العامة اللبنانية، الأوروبية المصرفية ش.م.ل/ فرع طرابلس رقم الحساب: (1 -01 - 330384 - 360 –001 -010).

صاحب الحساب: محمد أحمد النابلسي

قسيمة الاشتراك

الاسم:

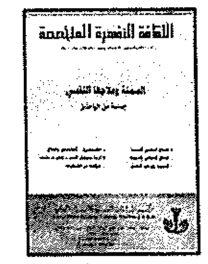
التخصص:

التخصص الدقيق:

مكان العمل:

نوعية الاشتراك وقيمته:

العنوان (بما فيه أرقام الهاتف والفاكس والبريد العادي والالكتروني)





الثقافة النفسية المتخصصة

WWW.psyinterdisc.com

Psychologie Interdisciplinaire — Interdisciplinary Psychology

الطب النفسي — السيكوسوماتيك — العلاج النفسي — تحليل نفسي — أدوية نفسية — الكوارث — علم النفس

السمنة وعلاجها النفسي

د. محمد احمد النابلسي

العدد الثالث والخمسون / يناير   السعر: دولارات

يناقش العدد موضوع السمنة والبدانة بوصفها شكل من أشكال إدمان الأكل. عارضاً لمختلف النظريات الطبية المفسرة للسمنة والطارحة لأسبابها. ودون إهمال لإقتراحات علاج السمنة الدوائية وحتى الجراحية فإن الملف يعرض للعلاجات النفسية المقترحة للسمنة. حيث يصنفها المؤلف ومعها إضطرابات الأكل عامة في إطار الإضطرابات السيكوسوماتية. للمزيد

المعلوماتية والعلوم النفسية

د.جمال التركي

العدد الثاني والخمسون/ أوكتوبر   السعر   دولارات

يناقش العدد موضوع استخدام المعلوماتية في مجال العلوم النفسية في البلاد العربية. حيث اللغة المشتركة تؤمن تضافر الجهود المعلوماتية في هذه البلاد. ويشرف على الملف الزميل التركي صاحب السبق في هذا المجال. للمزيد



إقرأ في العدد القادم

سيكوفيزيولوجية الألم

دراسة نفسية عصبية يشارك فيها ثلاثة من الباحثين الألمان المعروفين. ترجمها للمجلة الزميل سامر رضوان. كما يضم العدد مقابلة مع العالم فاخر عاقل وهو من رواد الاختصاص في المشرق العربي....

سيكولوجية أطفال الإنتفاضة

جماعة من الباحثين

العدد الخمسون / أبريل   السعر: دولارات

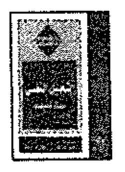
يتضمن البحوث التالية: خصوصية الضغوط الناجمة عن الانتفاضة. قراءة في سيكولوجية طفل الانتفاضة. تصور خطة لعلاج الأطفال الفلسطينيين. ومتابعات الانتفاضة. للمزيد

أزمات المراهقة

أ.د. أنور الجراية

العدد الثامن والاربعون / اوكتوبر   السعر   دولارات

يحتوي الملف على البحوث والمقالات التالية: المراهق والسلطة. سلوكيات المراهق. المراهق والصحة النفسية. المراهق والتذبذب الأسري. والمراهق والامتحانات. للمزيد



شروط النشر
الهيئة الإستشارية
مؤتمرات المجلة
ملفات المجلة
دليل الموقع





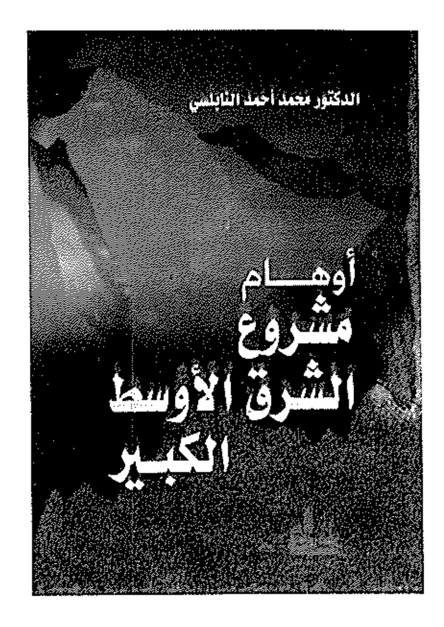








الصفحة التالية



ما حدود الشرق الأوسط؟

أين يبدأ، وأين ينتهي؟

لماذا هذا السعي الغربي المستميت لنشر الإصلاح الاقتصادي والسياسي، والديمقراطية، والحكم الصالح، وحقوق الإنسان وتمكين المرأة، ونشر حرية وسائل الإعلام، في هذه المنطقة؟

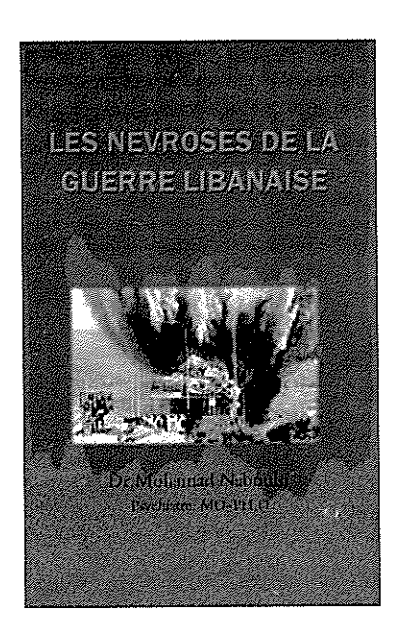
وهل حقاً مشروع الشرق الأوسط الكبير يحمل كل هذه القيم النبيلة ليقدمها للعالم العربي والشرق أوسطي هدية مجانية؟

هل استشيرت شعوب تلك المنطقة بهذه الخيارات ووافقت عليها؟

أم أنّ وراء الأكمة ما وراءها؛ فهناك أطماع سياسية وعسكرية واقتصادية مخبأة خلف هذا المشروع!

هذا الكتاب يوضح المخبوء خلف هذا المشروع من أهداف استراتيجية ومرحلية مباشرة.

والمؤلف مفكر استراتيجي معروف بدراساته السياسية والنفسية.



"Mais que vient-il donc faire dans cette galère ?"

Cette paraphase de Géronde, dans les "Fourberies de Scapin" pourrait bien illustrer mes propos. Loin de me perdre dans des données historiques, politiques ou théoriques, je consacre cette étude à l'élucidation de la catastrophe libanaise, du point de vue psychiatrique.

Cette catastrophe, aux effets traumatisants, est devenue quotidienne dans la vie du Libanais. L'histoire de cette guerre est jalonnée de situations catastrophales quand elle n'est est pas elle même une.

Dans cette cours folle, le rêle du psychiatre qui cherche à faire une distinction entre le domaine quantitatif et le domaine qualitatif des troubles, semble bien difficile. Ne pouvant accomplir ce rôle, le psychiatre doit alors étudier les nuances des aspects psycho-socio-somatiques, car je suis parti de la définition suivante de la psychiatrie :

"La psychiatrie ne se limite pas au seul rôle curatif mais elle le dépasse pour jouer un rôle dans l'organisation de la défense et promovation de la santé mentale".



مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية
Centre d'Etudes Psychiques et Psycho Somatique C.E.P.S
طرابلس - لبنان - شارع عزمي - بناية قاديشا ص.ب 3062
961-6-441803
961-6-438925
E.mail: cepa50@hotmail.com

إصدارات
مركز الدراسات النفسية

الدكتور محمد أحمد النابلسي

معجم مصطلحات السيكوسوماتيك

«إن الخطأ الكبير لأطباء عصرنا هو أنهم يفصلون النفس عن الجسد لدى تصديهم لعلاج الجسم البشري. فطبيعة الجسد لا يمكن أن تكون مفهومة ما لم ننظر للإنسان ككل» ويتوالى الاهتمام بهذه الخلفية على امتداد التراث الإنسان حيث توقف عندها ابن سينا ليفرد لها فصلاً خاصاً في قانونه وذلك وصولاً إلى العصر الحديث إذ بدأ الأطباء منذ القرن التاسع عشر بإعادة النظر في موقفهم من العلاقة بين النفس والجسد وبالتالي من هذه الخلفية. ولقد كان الطبيب فان دوش Van Dush أول من تخطى الثنائية الديكارتية (التي تفصل بين النفس والجسد) ليعلن عن نمط نفسي خاص بمرضى القلب في العام 1868 حيث وصفهم بأنهم يتكلمون بصوت عال وبأنهم يخوضون الصراعات المتركزة حول تدعيم سحرهم وسطوتهم. وكان هاينروث Heinroth قد أطلق مصطلح «سيكوسوماتيك» في العام 1818. لكن الاستخدام الدقيق للمصطلح تأخر لغاية العام 1922 على يد دوتش F.Deutch. وقد كان لظهور التنويم المغناطيسي. وقدرته على شفاء العديد من الحالات المرضية الجسدية، دور هام في إقناع الأطباء بالعلاقة بين النفس والجسد.